



**REVISTA
HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**
ISSN 0121-7577
- Fundada en 1993 -
Periodicidad semestral
Tiraje 300 ejemplares
Vol. 19, No. 1, 158 p.
enero - junio, 2014
Manizales – Colombia

Universidad de Caldas
Felipe César Londoño López
Rector
Oscar Eugenio Tamayo Ázate
Vicerrector Académico
Luisa Fernanda Giraldo Zuluaga
Vicerrectora de Investigaciones y Postgrados
Aura Liliana Gaviria Giraldo
Vicerrectora Administrativa
María Victoria Benjumea Rincón
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: reprosa@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>Dolly Magnolia González Hoyos</i>	
INVESTIGACIONES	
Investigación en la Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas (Colombia), en el contexto iberoamericano	13
<i>Carlos Augusto González-Correa</i> <i>Clara Helena González-Correa</i>	
Prevalencia de fluorosis dental en infantes de 8 a 12 años de colegios públicos, Villavicencio 2013	25
<i>Ruth Ángela Gómez Scarpetta</i> <i>Marisol Olaya Pardo</i> <i>Andrea Barbosa Rivera</i> <i>Lorena Durán Arismendy</i> <i>Henry Vergara Bobadilla</i> <i>Claudia Patricia Rodas Avellaneda</i> <i>Julián Eduardo Mora Reina</i> <i>Yenny Tatiana Robayo</i> <i>Luis Alexys Pinzón Castro</i>	
La dinámica organizativa: el caso del colectivo de personas con discapacidad en Cali, Colombia	39
<i>Jhon Jairo Angarita Ossa</i>	
Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe colombiana	54
<i>Doriam Esperanza Camacho Rodríguez</i> <i>Yadira Pabón Varela</i>	
Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia	68
<i>Elveny Laguado Jaimes</i> <i>Martha Patricia Gómez Díaz</i>	

Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal	84
<i>Paula Tatiana Rivera Mejía</i>	
<i>Rocío Carvajal Barona</i>	
<i>Julio César Mateus Solarte</i>	
<i>Fernando Arango Gómez</i>	
<i>Jorge Alberto Valencia Bernal</i>	
Uso e integración de las TIC en dos servicios de salud de Bienestar Universitario	99
<i>Jacqueline Hernández Sánchez</i>	
Autoconcepto en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales	114
<i>Victoria Eugenia Pinilla Sepúlveda</i>	
<i>Diana Marcela Montoya Londoño</i>	
<i>Carmen Dussán Lubert</i>	
<i>Johan Sebastián Hernández Botero</i>	
Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena	128
<i>Irma Yolanda Castillo Ávila</i>	
<i>María Paula Villarreal Villanueva</i>	
<i>Elizabeth Olivera Correa</i>	
<i>Alba Pinzón Consuegra</i>	
<i>Heidy Carrascal Soto</i>	
AUTORES	141
EVALUADORES	144
INDICACIONES PARA LOS AUTORES	146

CONTENTS

EDITORIAL

9

Dolly Magnolia González Hoyos

RESEARCHES

Research of the faculty of health sciences, university of caldas (Colombia) in the ibero-american context

13

Carlos Augusto González-Correa

Clara Helena González-Correa

Prevalence dental fluorosis in infants of 8 to 12 years of public schools, Villavicencio 2013

25

Ruth Ángela Gómez Scarpetta

Marisol Olaya Pardo

Andrea Barbosa Rivera

Lorena Durán Arismendy

Henry Vergara Bobadilla

Claudia Patricia Rodas Avellaneda

Julián Eduardo Mora Reina

Yenny Tatiana Robayo

Luis Alexys Pinzón Castro

Organizational dynamics: the case of collective of persons with disabilities in Cali, Colombia

39

Jhon Jairo Angarita Ossa

Perceptions that adversely affect the condom use in university of colombian caribbean coast

54

Doriam Esperanza Camacho Rodríguez

Yadira Pabón Varela

Healthy lifestyles nursing students, cooperative university of Colombia

68

Elveny Laguado Jaimes

Martha Patricia Gómez Díaz

Factors of health services and users associated to antenatal care access	84
<i>Paula Tatiana Rivera Mejía</i>	
<i>Rocío Carvajal Barona</i>	
<i>Julio César Mateus Solarte</i>	
<i>Fernando Arango Gómez</i>	
<i>Jorge Alberto Valencia Bernal</i>	
Use and integration of icts in two health services of university welfare	99
<i>Jacqueline Hernández Sánchez</i>	
Self-concept in a sample of university students in the city of Manizales, Colombia	114
<i>Victoria Eugenia Pinilla Sepúlveda</i>	
<i>Diana Marcela Montoya Londoño</i>	
<i>Carmen Dussán Lubert</i>	
<i>Johan Sebastián Hernández Botero</i>	
Users satisfaction of prenatal control in public institutions of health and associated factors. Cartagena	128
<i>Irma Yolanda Castillo Ávila</i>	
<i>María Paula Villarreal Villanueva</i>	
<i>Elizabeth Olivera Correa</i>	
<i>Alba Pinzón Consuegra</i>	
<i>Heidy Carrascal Soto</i>	
AUTHORS	141
EVALUATORS	144
AUTHOR GUIDELINES	149

CONTEÚDO

EDITORIAL

9

Dolly Magnolia González Hoyos

INVESTIGAÇÕES

Investigación da faculdade de ciências da saúde da Universidade de Caldas (Colombia), no âmbito no contexto ibero-americano

13

Carlos Augusto González-Correa

Clara Helena González-Correa

A prevalência fluorose dentária em crianças de 8 a 12 anos de escolas públicas, Villavicencio 2013

25

Ruth Ángela Gómez Scarpetta

Marisol Olaya Pardo

Andrea Barbosa Rivera

Lorena Durán Arismendy

Henry Vergara Bobadilla

Claudia Patricia Rodas Avellaneda

Julián Eduardo Mora Reina

Yenny Tatiana Robayo

Luis Alexys Pinzón Castro

Dinâmica organizacional: o caso do coletivo de pessoas com deficiência em Cali, Colômbia

39

Jhon Jairo Angarita Ossa

Percepções que prejudica os uso do preservativo em Universidade de costa caribe colombiano

54

Doriam Esperanza Camacho Rodríguez

Yadira Pabón Varela

Estudantes de enfermagem estilos de vida saudáveis, cooperativa universidade de Colômbia

68

Elveny Laguado Jaimes

Martha Patricia Gómez Díaz

Manizales (Colombia)	Vol. 19	No. 1	158 p.	Janeiro - Junho	2014	ISSN 0121-7577
----------------------	---------	-------	--------	-----------------	------	----------------

Fatores de saúde e associados usuários reunidos para controlar o acesso a pré-natais	84
<i>Paula Tatiana Rivera Mejía</i>	
<i>Rocío Carvajal Barona</i>	
<i>Julio César Mateus Solarte</i>	
<i>Fernando Arango Gómez</i>	
<i>Jorge Alberto Valencia Bernal</i>	
Utilização e integração das tic em dois serviços de saúde bem-estar universidade	99
<i>Jacqueline Hernández Sánchez</i>	
Auto conceito em uma amostra de estudantes universitarios da cidade de Manizales	114
<i>Victoria Eugenia Pinilla Sepúlveda</i>	
<i>Diana Marcela Montoya Londoño</i>	
<i>Carmen Dussán Lubert</i>	
<i>Johan Sebastián Hernández Botero</i>	
Satisfação dos usuários de controle pré-natal nas instituições públicas de saúde e fatores associados. Cartagena	128
<i>Irma Yolanda Castillo Ávila</i>	
<i>María Paula Villarreal Villanueva</i>	
<i>Elizabeth Olivera Correa</i>	
<i>Alba Pinzón Consuegra</i>	
<i>Heidy Carrascal Soto</i>	
AUTORES	141
AVALIADORES	144
INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES	152

EDITORIAL

Partiendo de los planteamientos hechos por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 2010, donde de manera textual exponen: “Los intensos cambios y crecientes mejoras en la Tecnología de Información y Comunicación (TIC), así como el acelerado desarrollo de la bio-ingeniería y la convergencia tecnológica, están transformando la forma de trabajar en salud. Las posibles aplicaciones de tales innovaciones tecnológicas abarcan muchas, sino todas, las actividades relacionadas con la atención, administración y educación en salud, ofreciendo oportunidades tanto para incrementar la cobertura como para mejorar la calidad de la atención, efectividad y eficiencia del sistema de salud”¹, es importante que los profesionales de Enfermería empecemos a asumir el reto del mundo moderno con la llamada ‘teleenfermería’, en la búsqueda de que el trabajo que desarrollamos en torno al cuidado llegue cada vez a más personas y se convierta en la posibilidad de dar cobertura con nuestras acciones, no solo en el marco de las ciudades capitales, sino también en zonas aisladas y rurales, donde nos falta impactar de manera efectiva.

Para el logro de este objetivo se requieren no solo compromisos personales y profesionales, sino también institucionales, que garanticen la adecuación de una plataforma tecnológica de gran alcance, y que esta se encuentre integrada a políticas nacionales mediadas por las TIC. La teleenfermería permite la formación continuada en acciones básicas del cuidado que inician desde el autocuidado, y en muchos casos han permitido la intervención integral en un plan de cuidado de rehabilitación.

El reto actual lo constituye el posicionamiento de la teleenfermería como medio para que los profesionales de Enfermería, en primer lugar, logremos conciencia de que en un mundo globalizado como el actual requerimos fomentar el cuidado utilizando lo que la mayoría de las personas tienen a la mano, como son por ejemplo los computadores y los dispositivos móviles. De otro lado, la teleenfermería se convierte en la posibilidad de repensar de una manera diferente lo que hacemos, logrando tener de manera permanente un canal abierto entre la enfermera y los pacientes o personas a las que van dirigidas sus acciones. Se ha demostrado que esta interlocución permanente permite una mejor adherencia a los tratamientos y a los planes caseros y una disminución de reingresos a las instituciones hospitalarias, ya que por allí de manera permanente el profesional hace seguimiento y responde inquietudes generadas muchas veces a partir de los planes de cuidado instaurados.

¹ Fernández A, Oviedo E. Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. CEPAL - Serie Políticas sociales No. 165. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010. p. 6.

Para finalizar, no se puede olvidar que el éxito de la calidad del cuidado de Enfermería obliga a los profesionales a una permanente actualización y a repensar diferentes posibilidades de hacer que nuestro objeto de estudio cumpla con su fin primordial: “Brindar cuidado para mejorar la calidad de vida”.

DOLLY MAGNOLIA GONZÁLEZ HOYOS
Decana Facultad de Ciencias para la Salud
Universidad de Caldas



Investigaciones

INVESTIGACIÓN EN LA FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD, UNIVERSIDAD DE CALDAS (COLOMBIA), EN EL CONTEXTO IBEROAMERICANO

Carlos Augusto González-Correa*

Clara Helena González-Correa**

Recibido en junio 17 de 2013, aceptado en marzo 7 de 2014

Citar este artículo así:

González-Correa CA, González-Correa CH. Investigación en la Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas (Colombia), en el contexto iberoamericano. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1): 13-24.

Resumen

Objetivo: Analizar la producción científica en la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas (Manizales, Colombia) entre los años 1996-2009, a la luz de indicadores internacionales. **Materiales y métodos:** Se utilizaron los indicadores definidos en la plataforma SCIMAGO: Índice *h*, Producción Científica, Colaboración Internacional, Calidad Científica Promedio y Porcentaje de Publicaciones en Revistas del Primer Cuartil SJR. **Resultados:** De acuerdo a la producción científica y el Producto Interno Bruto, Colombia ocupa el lugar 55 en el mundo y 35 en Latinoamérica. La Universidad de Caldas se encuentra en el puesto 11 entre las universidades colombianas, con 158 de los productos en SCOPUS, de los cuales 105 son de la Facultad de Ciencias para la Salud. De ellos, 40% fue publicado en inglés, 59% en español y 1% en portugués. Los mayores índices *h* fueron de 5 para un individuo, 7 para un departamento, y 8 para un grupo. Sin embargo, al parecer, no hay una buena correlación entre el índice nativo de Colombia utilizado por COLCIENCIAS (Scienticol) para la clasificación de grupos y los índices internacionales cientiométricos comprobados y bien documentados. **Conclusión:** La posición de Colombia en el ámbito mundial y latinoamericano puede considerarse como aceptable, aunque su producción científica, en cuanto a número de documentos, está muy por debajo de la de otros países, incluidos los latinoamericanos. Los esfuerzos realizados por la Universidad de Caldas son positivos, pero deben intensificarse para responder al reto social e histórico de la Institución.

Palabras clave

Bibliometría, Centros Educativos de Áreas de Salud, Colombia, América Latina, indicadores (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Médico. Ph.D. en Ciencias Médicas. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: c.gonzalez@ucaldas.edu

** Médica. Ph.D. en Ciencias Médicas. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: clara.gonzalez@ucaldas.edu.co

RESEARCH IN THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES, UNIVERSIDAD DE CALDAS (COLOMBIA) IN THE IBERO-AMERICAN CONTEXT

Abstract

Objective: To analyze the scientific research at the Faculty for Health Sciences at Universidad de Caldas (Manizales, Colombia) between 1996-2009, in the light of international indicators. **Materials and Methods:** The following indicators defined in the platform SCIMAGO were used: *h* index, Scientific Production, International Collaboration, Quality and Percent Average, Scientific Journal Publications of the First Quartile SJR. **Results:** According to scientific production and GDP, Colombia is ranked 55 in the world and 35 in Latin America. Universidad de Caldas is in the 11th place among Colombian Universities, with 158 products in SCOPUS, from which 105 belongs to the Faculty for Health Sciences. Forty percent was published in English, 59% in Spanish and 1% in Portuguese. The highest *h* indexes were 5 for an individual, 7 for a department, and 8 for a group. However, apparently, there is not a good correlation between the Colombian native index used by COLCIENCIAS (Scienticol) for classification of groups and the international scientometric scores verified and well documented. **Conclusion:** The position of Colombia in the global and Latin America environment may be considered acceptable, although its scientific production, in terms of number of documents, is well below other countries. The efforts made by Universidad de Caldas are positive, but should be intensified in order to meet the social and historical challenge of this institution.

Key words

Bibliometrics, Area Health Education Centers, Colombia, Latin America, indicators (*source: DeCS, BIREME*).

PESQUISA NA FACULDADE DE CIÊNCIAS PARA A SAÚDE, UNIVERSIDADE DE CALDAS (COLÔMBIA), NO CONTEXTO IBEROAMERICANO

Resumo

Objetivo: Analisar a produção científica na Faculdade de Ciências para a Saúde da Universidade de Caldas (Manizales, Colômbia) entre os anos 1996-2009, à luz de indicadores internacionais. **Materiais e Métodos:** Utilizaram-se os indicadores definidos na plataforma SCIMAGO: índice *h*, Produção Científica, Colaboração Internacional, Qualidade Científica Média e Porcentagem de publicações em Revistas do Primeiro Quartil SJR. **Resultados:** De acordo com a produção científica e o Produto Interno Bruto; Colômbia ocupa o lugar 55 no mundo e 35 em latino-américa. A Universidade de Caldas se encontra no posto 11 entre as universidades colombianas, com 158 dos produtos em SCOPUS, dos quais 105 são da Faculdade de Ciências para a Saúde. Deles, 40% foi publicado em inglês, 59% em espanhol e 1% em português. Os maiores índices *h* foram de 5 para um indivíduo, 7 para um departamento, e 8 para um grupo. Porém, ao parecer, não há uma boa correlação entre o índice nativo de Colômbia utilizado por COLCIENCIAS (Scienticol) para a classificação de grupos e os índices internacionais científico - métricos comprovados e bem documentados. **Conclusão:** A posição de Colômbia no âmbito mundial e latino-americano pode considerar-se como aceitável, embora sua produção científica, em quanto ao número de documentos, está muito abaixo da de outros países, incluídos os latino-americanos. Os esforços realizados pela Universidade de Caldas são positivos, mas devem intensificar-se para responder ao reto social e histórico da Instituição.

Palavras Chave

Bibliometria, Centros Educacionais de Áreas de Saúde, Colômbia, América Latina, indicadores (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La comunicación social en salud y en general en el mundo del conocimiento se hace a través de las publicaciones científicas. Sin embargo, hoy en día nos enfrentamos al problema de una demanda creciente de los escasos recursos disponibles para la investigación y sus respectivas publicaciones. Actualmente en la mayoría de los países estos recursos disminuyen en vez de aumentar. En Colombia, por ejemplo, para el año 2010 solo se invirtió el 0,16% del PIB en actividades de ciencia, tecnología e innovación. Además de esto, de 12.000 proyectos presentados al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de la República de Colombia (COLCIENCIAS), solo se financiaron 374 (1). Ante tal inconveniente, se plantea la necesidad de optimizar el uso de esos recursos, lo cual requiere de parámetros de medición de producción, productividad, visibilidad e impacto de la inversión en ciencia, para decidir dónde colocarlos mejor. Es así como nace la *cienciometría* cuyos pioneros fueron los científicos Derek J. de Solla Price y Eugene Garfield (2). Según Araújo y Arencibia (3) la *cienciometría* “estudia los aspectos cuantitativos de la ciencia como disciplina o actividad económica, forma parte de la sociología de la ciencia y encuentra aplicación en el establecimiento de las políticas científicas, donde incluye entre otras las de publicación”. Existen varias publicaciones dedicadas a esta disciplina. Adicionalmente, un recuento detallado del desarrollo de la *informétrica* entre el año 2000 y el 2006 puede leerse en la publicación de Bar-Ilan (4).

En Colombia existe el Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología (OcyT), creado en 1999 para producir las estadísticas e indicadores a nivel nacional (5). En el mundo existen bases de datos de información bibliográfica, tanto de carácter general, como por áreas específicas. De las primeras, las de mayor prestigio internacional son SCOPUS (de origen europeo y que indexa cerca

de 18.000 revistas), y la ISI-WEB OF SCIENCE (de origen estadounidense, con 11.000 revistas). En el área de Ciencias de la Vida, MEDLINE es el referente universal (de origen estadounidense, con casi 5.500 publicaciones), y también está su contraparte europea EMBASE con una cobertura de 7.500 revistas.

Actualmente se mide el impacto de los científicos, de los grupos de investigación, departamentos académicos, universidades, países y regiones. Para el caso iberoamericano, existe el proyecto SCIMAGO, adelantado por universidades españolas (Granada, Carlos III de Madrid, Extremadura, Alcalá de Henares y Porto), el Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP), y el Consejo Superior de investigaciones Científicas (CSIC) el cual se dedica al análisis, representación y recuperación de información por medio de técnicas de representación visual (6).

Un indicador bibliométrico muy usado, de fácil comprensión y cálculo y que mide, con un solo número, la producción, productividad, visibilidad e impacto de un investigador, un grupo de investigadores, un artículo científico, una revista, una institución, un país o una región, es el *índice h* o *número h*. Este índice, propuesto por Jorge E. Hirsch (7), físico de la Universidad de California (San Diego), ha sido validado y discutido en numerosos artículos científicos (8). A pesar de algunas limitaciones, es ampliamente usado a nivel internacional. Su definición puede expresarse así: una persona tiene un índice *h* determinado si de sus publicaciones, que aparecen en una cierta base de datos de información bibliográfica, hay al menos un número *h* de ellas que haya sido citada cada una al menos *h* número de veces por otros investigadores en esa misma base de datos (no valen las autocitaciones). Entonces, una persona con un índice *h* de 3, tiene 3 de sus publicaciones científicas citadas cada una de ellas al menos 3 veces por otros investigadores en revistas indexadas en bases de datos de información científica como las ya nombradas (9).

La información que se presenta en este reporte se basa en SCOPUS, por dos razones: es la base de datos que utiliza SCIMAGO y, además, está disponible en la Universidad de Caldas (U.C.), no así la ISI-WEB OF SCIENCE.

El principal objetivo del presente reporte, consiste en mostrar la producción académica de los profesores de planta, departamentos y grupos de investigación de la Facultad de Ciencias para la Salud de la U.C. (Manizales, Colombia) a la luz de indicadores internacionales y dentro del contexto iberoamericano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el análisis de la información, se utilizaron los indicadores definidos en la página Web de SCIMAGO (10):

PC: Producción Científica: “número de publicaciones en revistas científicas”.

CI: Colaboración Internacional: “Proporción de publicaciones científicas de una institución que han sido elaboradas junto con instituciones de otro país”.

CCP: Calidad Científica Promedio: “Impacto científico de una institución después de eliminar la influencia del tamaño y el perfil temático de la institución. El CCP permite comparar la ‘calidad’ de la investigación de instituciones de diferentes tamaños y con distintos perfiles de investigación. Una puntuación de 0.8 significa que una institución es citada un 20% menos que la media mundial. Un valor de 1.3 indica que la institución es citada unas 30% más que la media mundial”.

Q1: Porcentaje de Publicaciones en Revistas del Primer Cuartil SJR: “porcentaje de publicaciones que una universidad ha

conseguido colocar en revistas incluidas en el primer cuartil ordenadas por el indicador SJR” o cantidad de publicaciones que las universidades producen para el 25% de revistas más influyentes del mundo.

Se consideraron entonces, en primer término, indicadores de producción científica de Estados Unidos y los principales países iberoamericanos, así como el respectivo producto interno bruto (PIB). Los datos del PIB se extrajeron de la base de datos World Economic Outlook (WEO) del Fondo Monetario Internacional (11), para evaluar la relación entre producción económica y académica. A este respecto, se tomó el indicador “Gross domestic product, current prices, U.S. dollars” A continuación, se consideró la producción colombiana entre 1996 y 2009, así como el total de citas que dicha producción ha recibido, para seguir con la producción de las principales universidades colombianas, la de la U.C., de las públicas del Eje Cafetero colombiano y algunas locales (Manizales, Caldas, Colombia). Esta información se toma directamente del portal de SCIMAGO (10), SCOPUS (9), COLCIENCIAS (12) y la propia U.C. (13). En general, las consultas fueron realizadas en el mes de junio de 2011.

Antes de abordar la U.C., se ofrece un panorama de las universidades colombianas con producción por encima de esta y de algunas universidades de la región cafetera de Colombia, así como de algunas universidades privadas de la ciudad de Manizales. Posteriormente, se buscó la producción de los profesores de planta de la Facultad de Ciencias para la Salud, tanto individual, como agrupada en los 8 departamentos y los 10 grupos de investigación adscritos a ella. Para este proceso, se solicitó a la oficina de registro de la U.C. una lista de todos los profesores de planta adscritos a los departamentos de la Facultad de Ciencias para la Salud donde se incluye el departamento al cual está adscrito cada uno. En dicha lista figuraba un total de 109 docentes activos. A continuación se ingresó a SCOPUS a través de su página Web

(13). Una vez allí, se procedió a buscar el nombre de cada docente ingresando el primer apellido y la palabra “Caldas”. De los autores listados en cada búsqueda, se encontraron 35 docentes de planta que figuran como autores/coautores en al menos 1 producto en SCOPUS y se procedió a extraer los datos requeridos. En los casos en que el mismo nombre aparecía en forma diferente como entradas distintas, se sumaron los datos de cada uno, y el índice *h* se recalculó de manera manual. La información de SCIMAGO se extrajo directamente de su portal Web (6).

Para analizar lo grupos, se tomó información de la plataforma SCIENTI de COLCIENCIAS (12), se seleccionaron las personas que aparecían como investigadores activos, y se buscó la producción de aquellos que no eran profesores de planta de la Facultad. El índice *h* de los departamentos y

grupos se calculó de manera manual, considerando la producción total de sus respectivos integrantes.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la posición (1996 a 2009 y según índice *h*) de Estados Unidos, España y países latinoamericanos con producción académica por encima de Colombia dentro de los doscientos treinta y cinco países (235) que figuran en SCIMAGO (14).

En la Figura 1, se aprecia el comportamiento del número de documentos que figuran en la base de datos SCOPUS como producidos en Colombia entre los años 1996 y 2009, así como el número de ellos que han sido citados.

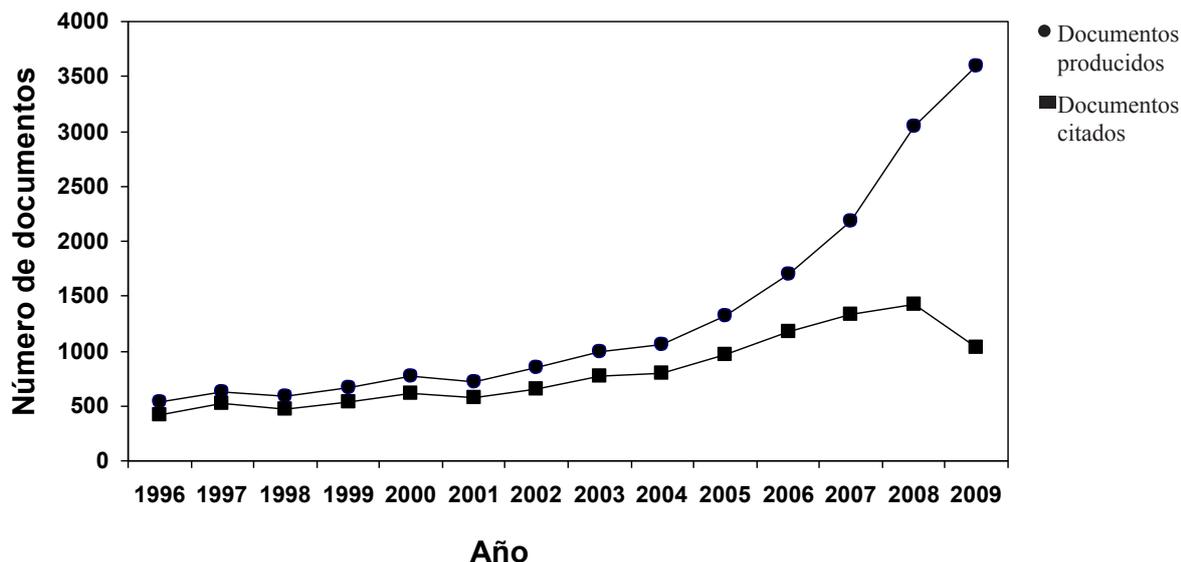
Tabla 1. Puesto en el mundo y en Latinoamérica, número de documentos, citas/documento e índice *h* de Estados Unidos, España y otros países latinoamericanos, entre los años 1996-2009. Se agrega el PIB por país en billones de dólares

País	Puesto en el mundo*	Puesto en Latinoamérica	Número de documentos científicos producidos	Citaciones por documento	Índice <i>h</i>	PIB en billones de dólares
EUA	1 (1)	-----	4'773.842	19,08	1.139	14658
España	9 (12)	-----	514.239	12,26	377	1410
Brasil	15 (7)	1	280.232	8,91	239	2090
México	28 (14)	2	110.452	8,85	182	1039
Argentina	35 (27)	3	83.435	9,74	175	370
Chile	43 (45)	4	43.560	11,9	155	203
Venezuela	53 (34)	5	19.836	7,58	104	291
Colombia	55 (35)	6	18.648	9,34	97	286
∑ documentos de países ≠ a EUA	1'070.402	∑ PIB de países ≠ a EUA	5.689			
Relación otros países/EUA	0,22	Relación otros países/EUA	0,39			

* En esta columna se indica entre paréntesis el puesto que ocupa cada país según Producto Interno Bruto para el año 2010 y datos del World Economic Outlook (WEO) del Fondo Monetario Internacional (11).

Fuente: (15).

Figura 1. Número de documentos en SCOPUS producidos en Colombia entre 1996 y 2009, y número de los mismos citados en esa misma base de datos.



Fuente: (10, 15).

En la Tabla 2 se muestra la posición de las universidades colombianas con los 12 primeros puestos en cuanto a producción, el de las cuatro universidades que participan en el programa de Doctorado de Ciencias Biomédicas del Eje Cafetero colombiano, y el de otras universidades privadas de la ciudad de Manizales. La Universidad Nacional de Colombia - Sede Manizales, no está desglosada en el ranking de SCIMAGO y debe estar incluida en la Universidad Nacional de Colombia como un todo. El total de instituciones identificadas en el Ranking Iberoamericano SIR 2011 (14) es de 1369, incluyendo todas aquellas instituciones de educación superior que produjeron alguna comunicación científica durante el periodo de análisis 2004-2009, sin importar el tipo de publicación.

En cuanto a la producción científica individual por parte de los profesores de la Facultad de Ciencias

para la Salud de la U.C., de un total de 35 docentes de planta que figuran como autores/coautores en al menos 1 producto en SCOPUS, 1 docente tenía un índice h de 5, 3 de 3, 7 de 2, 16 de 1 y 8 de 0. Es decir, 27 docentes (equivalentes al 77,1% del total con productos, y al 24,8% del total de docentes adscritos a la Facultad de Ciencias para la Salud).

El número real de productos detectados, en los cuales figura como autor/a o coautor/a algún/a profesor/a de planta de la Facultad fue de 105, cuyo número de citaciones es de 291, siendo 42 de ellos publicados en inglés, 62 en español y 1 en portugués. De dichos productos, 68 son artículos, 15 revisiones, 2 revisiones cortas, 11 son cartas al editor y 9 son artículos incluidos en memorias de conferencias, varias de ellas publicadas como números especiales de determinadas revistas científicas, que pueden considerarse como fuentes primarias.

Tabla 2. Indicadores cientimétricos de las 10 primeras universidades colombianas, algunas públicas del Eje Cafetero colombiano, y algunas privadas de la ciudad de Manizales, según producción en 2004-2009 y citaciones recibidas.

IBE	LAC	COL	Universidad	PC	PC%	CI	CI%	CCP	CCP%	Q1	IQ%
56	25	1	Nacional de Colombia	3.352	22,0	40,7	-2,0	0,6	-4,8	30,7	-14,3
81	37	2	de Antioquia	1.892	19,1	50,0	-0,6	0,6	-3,2	32,9	-13,0
108	56	3	de los Andes	1.347	20,4	59,2	-2,7	0,9	2,2	39,1	-4,0
119	65	4	del Valle	1.171	16,3	51,1	-0,9	0,6	-3,6	27,5	-6,1
153	92	5	Pontificia Javeriana	687	20,1	44,1	-1,2	0,5	-8,2	27,4	-9,8
162	101	6	Industrial de Santander	655	18,9	42,6	-4,3	0,7	-4,5	27,5	-16,5
219	148	7	del Rosario	377	28,9	31,6	0,7	0,7	13,2	30,0	-2,1
244	168	8	Pontificia Bolivariana	287	14,6	49,8	-0,7	0,8	-11,1	26,8	-6,5
298	216	9	del Cauca	187	9,6	57,2	1,8	0,7	10,8	21,4	3,2
318	233	10	del Norte	166	28,3	50,0	-26,1	0,8	-31,6	19,9	-39,5
328	242	11	de Caldas	158	25,3	49,4	-3,0	1,0	-8,4	21,5	1,5
333	247	12	Tecnológica de Pereira	151	19,9	43,7	-5,9	0,5	-20,8	21,9	-9,7
383	293	20	del Quindío	111	27,0	40,5	-9,6	0,6	-17,2	31,5	-21,4
429	334	23	del Tolima	80	32,5	53,8	7,0	0,8	48,1	20,0	-1,9
622	513	42	Autónoma de Manizales	28	21,4	53,6	15,2	0,6	-29,7	32,1	-13,1
707	590	53	de Manizales	17	23,5	29,4	-4,6	0,1	-72,7	5,9	-30,8
996	864	79	Católica de Manizales	4	25,0	75,0	11,1	0,3	-32,4	50,0	-33,3

IBE, LAC, COL: puesto en Iberoamérica, Latinoamérica y Colombia, respectivamente; PC: Producción Científica; CI: Colaboración Internacional; CCP: Calidad Científica Promedio; Q1: porcentaje de publicaciones en revistas del primer Cuartil SJR. Las columnas de porcentaje de cada indicador, muestran el crecimiento/decrecimiento porcentual en comparación al Ranking 2010.

Fuente: (6).

El análisis por Departamento mostró que el de Ciencias Básicas para la Salud tuvo la producción más alta (47%), el índice h más elevado ($h = 7$), y el mayor número de publicaciones en inglés (19,8%). En su orden le siguen los departamentos: Clínico, Acción Física Humana, Quirúrgico, Salud Pública, Materno Infantil, Básico Clínico y Salud Mental-Comportamiento Humano.

En la Tabla 3 se muestra la producción por grupos de investigación adscritos a la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de

Caldas. En esta tabla no se incluyen totales, pues la suma del número de documentos publicados y de citaciones no corresponde a la cifra real, dado que, en algunos de ellos, aparecen como coautores profesores de 2 o más grupos. Sin embargo, se observa que, aparentemente, no hay una buena correlación entre el índice nativo de Colombia utilizado por COLCIENCIAS (Scienticol) para la clasificación de grupos y los índices internacionales cientimétricos comprobados y bien documentados.

Tabla 3. Grupos de investigación adscritos a la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, según clasificación por COLCIENCIAS, total de integrantes, índice *h*, porcentaje de integrantes con productos, mayor número de citas recibidas por alguno de los productos y tipo de productos incluidos en SCOPUS.

Grupo	Clasificación según COLCIENCIAS	Total Integrantes	Índice <i>h</i>	Porcentaje (%) de Integrantes con productos	Total productos	Mayor # de citas	Número de productos por tipo				
							Artículos	Conferencias	Revisiones	Revisiones cortas	Cartas al editor
BIE	D	3	8	100	22	39	15	6	1	0	0
BS	B	9	3	44	22	20	19	0	2	0	1
NCC	C	2	3	100	21	5	3	0	8	0	10
TS	NC*	8	3	25	14	42	5	9	0	0	0
G&G	B	6	2	33	7	3	6	0	1	0	0
PS&PE	B	11	2	18	6	2	4	1	2	0	0
MPC	D	8	1	25	6	4	6	0	0	0	0
A&E	D	9	1	56	5	1	5	0	0	0	0
CCU&CM	D	8	0	38	4	0	3	0	0	0	1
CAF&D	D	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* NC: no clasificado. BIE: Bio-Impedancia Eléctrica; BS: Bio-Salud; NNC: Neuro-Ciencias de Caldas; TS: Tele-Salud; G&G: Gerontología y Geriatria; PS&PE: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; MPC: Materno-Perinatal de Caldas; A&E: Anestesia y Educación; CCU&CM: Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama; CAF&D: Cumanday, Acción Física y Deporte. (No se incluyen totales, ver texto).

Fuente: (9).

DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se aprecia que, si bien la posición de Colombia en el ámbito mundial y latinoamericano podría considerarse aceptable, la producción científica colombiana en cuanto a número de documentos está muy por debajo de la de otros países, incluidos los latinoamericanos. Así, por cada producto colombiano, se han generado 256,0 en Estados Unidos y 27,6 en España. Comparada con la producción de los tres primeros países latinoamericanos, la misma relación sigue siendo baja: 15,0; 5,9 y 4,5, respectivamente. También se observa una notable falta de concordancia entre el PIB de varios países (entre ellos Colombia y Venezuela) y su producción científica. Se esperaría que mientras más fuerte sea la economía de un país, más abundante sea su producción científica. Sin embargo, vemos que, de la lista seleccionada, solo Estados Unidos, España, Chile y, en menor medida, Argentina, guardan una relación coherente entre ambos indicadores. En los demás se nota un desfase importante. Para lograr una mejor concordancia entre los dos indicadores, los 7 países distintos a Estados Unidos tendrían que duplicar su producción científica.

Al observar la Figura 1, se aprecia que, iniciando la primera década del presente milenio, Colombia empezó a incrementar su producción científica, según los indicadores de SCOPUS, y pareciera mostrar un crecimiento exponencial, como fue el caso para la región latinoamericana considerada en conjunto (16, 17). Sin embargo, deben considerarse dos aspectos preocupantes: en primer lugar, que la tasa de crecimiento parecería estarse frenando y, en segundo lugar, que la calidad de la producción científica pareciera estar en franca disminución, pues la citación de lo que se produce no presenta el mismo crecimiento, lo cual indica un menor impacto. Esta tendencia también es aplicable a toda la región latinoamericana (16).

Si se considera en mayor detalle la producción por instituciones universitarias en Colombia (Tabla 2),

se observa a la U.C. en el lugar decimoprimer (11°), estando por encima de las otras universidades del Eje Cafetero (públicas y privadas). Cabe destacar que, en la anterior edición del ranking (2003-2008), la U.C. figuraba en el décimo lugar, es decir, que bajó un puesto, y su producción es baja frente a la de las primeras universidades colombianas.

Con relación al indicador de Colaboración Internacional (CI), se observa que, salvo las universidades del Rosario y de Manizales, no existen mayores diferencias entre estas universidades. De otro lado, el indicador de Calidad Científica Promedio (CCP) de la U.C. es el más alto de las universidades seleccionadas, estando a nivel del promedio mundial. También es de notar que el indicador Q1, si bien es comparativamente bajo, muestra una variación positiva al igual que el de la Universidad del Cauca, siendo estas dos universidades las únicas que evidencian mejoría con respecto al ranking anterior.

En la U.C., la Facultad de Ciencias para la Salud mostró su liderazgo en investigación, siendo responsable del 66,4% del total de la producción científica. Dentro de la Facultad se destaca el Departamento de Ciencias Básicas. Un estudio sobre la producción bibliográfica de la Universidad del Tolima también resalta el papel de las ciencias básicas en los resultados de su evaluación (18).

En cuanto a la producción científica individual de los profesores de la Facultad, de un total de 35 docentes de planta que figuran como autores/coautores en al menos 1 producto en SCOPUS, vemos que 27 (77,1% del total con productos) tienen un índice h mayor de 0, y equivalen al 24,8% del total de docentes adscritos a la Facultad de Ciencias para la Salud.

Cabe señalar que la mayoría de los artículos se publican en español (54%), sobre todo en revistas nacionales, y se observa cómo, al considerar el idioma de los artículos que han sido citados al

menos 1 vez, el 70,1% de los publicados en inglés han sido citados, mientras que solo el 35,9% de los publicados en español lo han sido.

El estudio tiene algunas limitaciones debidas, en parte, a inconsistencias encontradas en algunos casos en la información suministrada por SCIMAGO, así:

1. Algunos autores aparecen con uno de sus nombres como apellido.
2. En algunos autores su primer apellido aparece como nombre.
3. En otros casos un autor aparece con un número de productos que no coincide con la suma de los productos desglosada por idioma o por tipo de publicación.
4. La afiliación del autor no corresponde con la real.
5. Muchos autores aparecen con nombres distintos como si fueran personas diferentes (se encontraron 14 personas en esas circunstancias, lo que equivale a un 40,0% del total de docentes con producción).
6. En un caso, un mismo autor figuraba con un artículo repetido.

No obstante, los resultados y tendencias que se muestran probablemente son válidos y brindan una buena aproximación de la problemática descrita.

Desde hace más de dos décadas, la sociedad y el gobierno colombianos son conscientes de la necesidad de estimular la producción científica nacional, lo cual se evidencia en la convocatoria de la llamada Misión de Ciencia, Educación y Desarrollo o Comisión de Sabios (19), al igual que en los esfuerzos de las dos últimas décadas en cuanto a la formación de investigadores profesionales (doctores o PhDs). A pesar de que el país está lejos de haber cumplido las metas trazadas desde entonces, los indicadores sí muestran algunos resultados positivos obtenidos con estos esfuerzos. De esta forma, la producción científica colombiana comienza a mostrar un incremento

relativamente sostenido en lo que va de este siglo, pero hay un desfase creciente entre producción e impacto, que se aprecia en la Figura 1. El gobierno y las instituciones donde se realiza investigación y los/las investigadores/as mismos/as, debemos hacer un esfuerzo por aumentar la cantidad y la calidad de nuestra producción científica y el número de nuevos investigadores formados.

En cuanto a la U.C., los esfuerzos realizados son positivos. Por ejemplo, el número de productos aumentó un 25,3% con respecto al primer ranking y la cooperación internacional está en un 50%, aunque esta última también bajó entre los dos períodos considerados. Dentro de los factores favorables, se tiene que el indicador CCP es el más alto, pero también disminuyó. Finalmente, es positivo que el indicador Q1 haya aumentado ligeramente, mientras el de casi todas las demás universidades disminuyó, aunque su valor absoluto debería ser aumentado.

En relación a la producción científica de los profesores adscritos a la Facultad de Ciencias para la Salud de la U.C., es notable que el número de productos (105) equivalga al 66,5% de los productos totales de profesores de la U.C. que figuran en SCOPUS (158 en total). No obstante, se debe fomentar el deseo, la cultura y la capacitación, para que todas las personas que realizan actividades investigativas se esfuercen por publicar sus estudios en revistas con buen impacto. Adicionalmente, la publicación en inglés hace que un mayor número de personas pueda leer los artículos producidos.

Cuando los presupuestos para investigación son escasos, el uso de indicadores internacionales como los considerados en este informe, puede servir para hacer una asignación de recursos a los investigadores de una manera que pueda ser más efectiva en términos de producción científica. Las ventajas de los indicadores internacionales son: reconocimiento y uso casi universales; validación científica; disponibilidad inmediata y, en muchos

casos, gratuita. Esto permite la comparación con otros investigadores, grupos, instituciones y países.

Una recomendación general, es que las personas adopten un nombre de autor único para las diferentes publicaciones en que participen. Usando diferentes nombres, se disminuye la visibilidad e impacto de su obra, pues ello implica un fraccionamiento de su producción y demás indicadores cuantitativos.

CONCLUSIONES

Puede decirse que, en el concierto de las naciones, los países iberoamericanos muestran un desfase considerable al tener en cuenta la relación PIB/producción científica, pues mientras la relación entre la suma de los PIB de España más los 6 países

latinoamericanos con respecto al PIB de Estados Unidos es de 0,39, la relación de su producción científica (en cuanto a número de documentos) es de apenas 0,22. El puesto de Colombia en el ranking de los países, a nivel iberoamericano, podría considerarse, comparativamente, aceptable. No obstante, en cuanto a producción científica, para ocupar un puesto en el mundo cercano al que le correspondería por su PIB, habría que, al menos, cuadruplicar dicha producción. La Universidad de Caldas tiene logros importantes y debe intensificar sus esfuerzos para responder, con la mayor dedicación y empeño, a este reto social e histórico conferido por la misma naturaleza de la Institución. Otros países latinoamericanos, salvo Chile, deberían aumentar también su producción científica para equilibrar su ubicación en los rankings económico y científico: Brasil 2,5 veces, México 3,4 y Argentina 1,4.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correa P. Por fin más plata para la ciencia. *El Espectador*, julio 2 de 2011. Entrevista a Jaime Restrepo-Cuarta, Director de COLCIENCIAS.
2. Hood WW, Wilson CS. The literature of bibliometrics, scientometrics, and informetrics. *Scientometrics*. 2001; 52(2):291-314.
3. Araújo RJA, Arencibia JR. Informetría, bibliometría y cienciometría: aspectos teórico-prácticos. *Acimed* [Internet]. 2002 [citado 15 Jul 2011]; 10(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol10_4_02/aci040402.htm
4. Bar-Ilan J. Informetrics at the beginning of the 21st century - A review. *J Informetrics*. 2008; 2:1-52.
5. Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología (OCyT). [citado 14 Jun 2011]. Disponible en: <http://ocyt.org.co/html/>
6. SCIMAGO Research Group. [citado 15 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.SCIMAGO.es/projects.php>
7. Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. *PNAS*. 2005; 102(46):16569-72.
8. Bornmann L, Mutz R, Hug SE, Daniel HD. A multilevel meta-analysis of studies reporting correlations between the h index and 37 different h index variants. *J Informetrics*. 2011; 5(3):346-359.
9. SCOPUS. Base de datos. Consultada a través del portal de la Universidad de Caldas. [citado 18 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.SCOPUS.com/search/form/authorFreeLookup.url>
10. SCIMAGO. Journal and Country Search (2011) Colombia. [citado 23 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.SCIMAGOjr.com/countrysearch.php?country=CO>
11. IMF (International Monetary Fund). World Economic Outlook (WEO). [citado 22 Jun 2011].
12. COLCIENCIAS (Departamento Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de la República de Colombia). [citado 23 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.colciencias.gov.co/scienti>, <http://www.imf.org/external/data.htm>
13. Universidad de Caldas (U.C.) [citado 2011 Jun 17]. Disponible en: <http://www.ucaldas.edu.co/>
14. SCIMAGO. Ibero-American Ranking SIR. [citado 2011 Jun 17]. Disponible en: http://www.inb.unam.mx/sacademica/visibilidad/ranking_iberoamericano_2011_en.pdf
15. SCIMAGO. SJR - SCIMAGO Journal & Country Rank (2011). Country Rankings. [citado 12 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.SCIMAGOjr.com/countryrank.php>
16. Hermes-Lima M, Alencastro AC, Santos NC, Navas CA, Beleboni RO. The relevance and recognition of Latin American science. Introduction to the fourth issue of CBP-Latin America. *Comp Biochem Physiol C Toxicol Pharmacol*. 2007; 146(1-2):1-9.
17. Bucheli V, Díaz A, Calderón JP, Lemoine P, Valdivia JA, Villaveces JL, Zaruma R. Growth of scientific production in Colombian universities: an intellectual capital-based approach. *Scientometrics*. 2012; 91(2):s369-382.
18. Maz MA, Torralbo RM, Vallejo RM, Fernández CAA. La producción bibliográfica: un criterio evaluador del rendimiento científico universitario. *Revista Tumbaga*. 2007; 2:95-105.
19. Aldana VE, Chaparro OLF, García MG, Gutiérrez DR, Llinás R, Palacios RM, Patarroyo ME, Posada FE, Restrepo MA, Vasco CE. Colombia: Al Filo de la Oportunidad. Informe de la Misión de Sabios. Misión Ciencia, Educación y Desarrollo. Santafé de Bogotá, D.C.: Tercer Mundo Editores; 1996.

PREVALENCIA DE FLUOROSIS DENTAL EN INFANTES DE 8 A 12 AÑOS DE COLEGIOS PÚBLICOS, VILLAVICENCIO 2013

*Ruth Ángela Gómez Scarpetta**
*Marisol Olaya Pardo***
*Andrea Barbosa Rivera****
*Lorena Durán Arismendy*****
*Henry Vergara Bobadilla******
*Claudia Patricia Rodas Avellaneda******
*Julián Eduardo Mora Reina******
*Yenny Tatiana Robayo******
*Luis Alexys Pinzón Castro******

Recibido en septiembre 25 de 2013, aceptado en febrero 18 de 2014

Citar este artículo así:

Gómez Scarpetta RA, Olaya Pardo M, Barbosa Rivera A, Durán Arismendy L, Vergara Bobadilla H, Rodas Avellaneda CP, et al. Prevalencia de fluorosis dental en infantes de 8 a 12 años de colegios públicos, Villavicencio 2013. Hacia promoc. salud. 2014; 19(1):25-38.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia y severidad de fluorosis dental en población de 8 a 12 años de edad de los colegios públicos de Villavicencio, Colombia. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo con participación voluntaria y previo consentimiento informado de los adultos responsables de 459 infantes de 8 a 12 años de edad, seleccionados de una población de 32.306 matriculados en los colegios públicos de Villavicencio, mediante muestreo probabilístico. Trabajo avalado por el Comité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia. El examen clínico fue realizado por 6 odontólogos previamente

* Bacterióloga. Esp. en Epidemiología. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia.

Autor para correspondencia. Correo electrónico: ruth.gomez@campusucc.edu.co

** Odontóloga. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: marisol.ct@hotmail.com

*** Odontóloga. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia Villavicencio. Correo electrónico: andreabarbosa@hotmail.es

**** Esp. en Odontopediatría. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: lorena.duran@ucc.edu.co

***** Odontólogo. Lic. en Química. Esp. en Estomatología Pediátrica. Esp. en Ortopedia Funcional y Ortodoncia. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio Colombia. Correo electrónico: henry.vergara@ucc.edu.co

***** Odontóloga. Esp. en Gerencia en Servicios de Salud. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: claudip.rodas@campusucc.edu.co

***** Odontólogo. Esp. en Administración en Salud. Facultad de Odontología. Universidad Cooperativa. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: julian.mora@campusucc.edu.co

***** Odontóloga. Esp. en Cirugía y Patología Oral. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: yenny.robayo@campusucc.edu.co

***** Lic. en Matemáticas. Ms en Ciencias Exactas y Naturales. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: lapinzonc@unal.edu.co

calibrados por un experto en el diagnóstico de fluorosis dental según índice de Thylstrup y Fejerskov (TFI) obteniéndose índices de Kappa $> 0,80$. Se realizó análisis exploratorio de datos (AED), distribución de frecuencias y estadística inferencial (prueba de asociación χ^2 de Pearson con $\alpha = 0,05$), usando el programa estadístico SPSS versión 21.0 con licencia de la Universidad Cooperativa de Colombia. **Resultados:** La prevalencia de fluorosis (TFI ≥ 1) fue de 65,8% (n = 302) (IC 95% = 61,5% a 68,5%). El sexo masculino presentó una prevalencia del 51,3% (n = 155) (IC 95% = 47,3% a 55,3%) (p = 0,94). En la zona urbana la comuna de procedencia más afectada fue la número 6 con una prevalencia de 70,8% (IC 95% = 59,8% a 81,8%) (p = 0,84). El 31,4% de los niños presentaron un TFI = 2, el 23% un TFI = 1. Los dientes más afectados fueron los premolares superiores (48,2%) e inferiores (40,6%), seguidos de los incisivos laterales (40,2%). **Conclusión:** En la población infantil de 8 a 12 años de los colegios públicos de Villavicencio se presenta una elevada prevalencia de fluorosis con una severidad leve y moderada, representando un problema de salud pública que requiere una intervención de los organismos de control.

Palabras clave

Fluorosis dental, flúor, prevalencia, anormalidades dentales, salud pública (*fuentes: DeCS, BIREME*).

PREVALENCE DENTAL FLUOROSIS IN 8 TO 12 YEARS OLD INFANTS OF PUBLIC SCHOOLS, VILLAVICENCIO 2013

Abstract

Objective: To determine the prevalence and severity of dental fluorosis in the population aged 8-12 years old in public schools in Villavicencio, Colombia. **Materials and Methods:** A descriptive study, with voluntary participation and previous consent of the responsible adults, of 459 children aged 8 to 12 years, selected from a population of 32,306 students enrolled in public schools in Villavicencio, using probability sampling. This work is supported by the bioethics committee of the Universidad Cooperativa de Colombia. Clinical examination was carried out by six dentists previously calibrated by an expert in the diagnosis of dental fluorosis according Thylstrup and Fejerskov (TFI) obtaining Kappa indexes > 0.80 . Exploratory data analysis (EDA), frequency distribution and inferential statistics (test partnership with Pearson χ^2 $\alpha = 0.05$) were performed with SPSS version 21.0. Licensed by Universidad Cooperativa de Colombia. **Results:** The prevalence of fluorosis (TFI ≥ 1) was 65.8% (n = 302) (95% CI = 61.5% to 68.5%). Boys presented a prevalence of 51.3% (n = 155) (95% CI = 47.3% to 55.3%) (p = 0.94). In urban areas the most affected district of origin was No. 6 with a prevalence of 70.8% (95% CI = 59.8% to 81.8%) (p = 0,84). The 31.4% of children had a TFI = 2, 23% one TFI = 1. The most affected teeth were premolars (48.2%) (40.6%), followed by lateral incisors (40.2%). **Conclusion:** In the population of 8-12 years old children of public Villavicencio schools a higher prevalence of fluorosis with a mild to moderate severity is present, representing a public health problem that requires intervention by the supervisory bodies.

Key words

Dental fluorosis, fluorine, prevalence, tooth abnormalities, public health (*source: DeCS, BIREME*).

PREVALENCIA DE FLUOROSIS DENTAL EM INFANTES DE 8 A 12 ANOS DE COLEGIOS PÚBLICOS, VILLAVICENCIO 2013

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência e severidade de fluorose dentaria em povoação de 8 a 12 anos de idade dos colégios públicos de Villavicencio, Colômbia. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo com participação voluntaria e prévio consentimento informado dos adultos responsáveis de 459 infantes de 8 a 12 anos de idade, selecionados de uma povoação de 32.306 matriculados nos colégios públicos de Villavicencio, através de uma amostra probabilística. Trabalho avaliado pelo Comitê de Bioética da Universidade Cooperativa de Colômbia. No teste clinico foi realizado por 6 dentistas previamente calibrados por um especialista no diagnostico de fluorose dentaria segundo índice de Thylstrup e Fejerskov (TFI) obtendo se índices de Kappa > 0,80. Realizou se analise exploratório de dados (AED), distribuição de freqüências estadística inferencial (prova de associação Chi² de Pearson com $\alpha = 0,05$), usando o programa estatístico SPSS versão 21.0 com licencia da Universidade Cooperativa de Colômbia. **Resultados:** A prevalência de fluorose (TFI ≥ 1) foi de 65,8% (n = 302) (IC 95% = 61,5% a 68,5%). O sexo masculino apresentou uma prevalência do 51,3% (n = 155) (IC 95% = 47,3% a 55,3%) (p = 0,94). Na zona urbana a comuna de procedência mais afetada foi a numero 6 com uma prevalência 70,8% (IC 95% = 59,8% a 81,8%) (p = 0,84). O 31,4 das crianças apresentaram um TFI = 2, o 23% um TFI = 1. Os dentes mais afetados foram os pré- molares superiores (48,2%) e inferiores (40,6%), seguidos dos incisivos laterais (40,2%). Conclusão: Na povoação infantil de 8 a 12 anos dos públicos de Villavicencio apresenta se uma elevada prevalência de fluorose com uma severidade leve e moderada, representando um problema de saúde publica que requiere uma intervenção dos organismos de controle.

Palavras Chave

Fluorose dentaria flúor, prevalência, anormalidades dentais, saúde pública (fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

El flúor (F) es un gas a temperatura ambiente de color amarillo pálido, altamente electronegativo y reactivo (1-4). El F reacciona considerablemente con la mayor parte de los compuestos que contienen hidrógeno, como el agua y todas las sustancias orgánicas sean líquidos, sólidos o gases. La reacción del F con el agua produce principalmente fluoruro de hidrógeno y oxígeno y cantidades menores de peróxido de hidrógeno, difluoruro de oxígeno y ozono (5, 6). En altas concentraciones es tóxico y puede ser absorbido por partículas de ceniza volcánica que posteriormente caen sobre la tierra, resultando nocivo para los vegetales y campos de cultivo, contaminando reservas de

agua de riego y de alimentación. De esta manera los humanos están expuestos al F a través de los alimentos, agua y aire (7).

A nivel de salud bucal el F se usa como medida de salud pública para la prevención de caries dental (8, 9). Sin embargo, su ingesta prolongada y en altas concentraciones durante la formación del esmalte dental, puede afectar las funciones de los ameloblastos, alterando los mecanismos de mineralización del diente, ocasionando la fluorosis dental (10), la cual se caracteriza por un incremento en la porosidad del esmalte, manchas blancas y opacas, estriaciones moteadas, hendiduras transversales y ondulantes, fosas discontinuas con zonas de subdesarrollo dental que pueden alterar su

morfología y generar extensas fracturas mecánicas de la superficie, predisponiendo a la aparición de caries y sensibilidad dental (11, 12).

Aunque la incidencia de caries dental en Colombia se ha reducido con los años en edades tempranas, también se ha producido un aumento en la incidencia de fluorosis dental (13). Este aumento se origina probablemente como consecuencia de la ingestión excesiva de diferentes fuentes de F usadas para la prevención de caries dental, lo que ocasiona que las exposiciones totales a este ión puedan ser superiores a las necesarias, en especial las formas sistémicas como el F en el agua y la sal de consumo humano, así como las formas tópicas con el uso de dentífricos fluorados (14, 15).

La prevalencia de fluorosis dental en Colombia según datos del último estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, estuvo en el 26% en niños entre 6 y 7 años. Los índices se establecieron de forma regional así: para la costa Atlántica un índice de 12,1, al occidente del país se evidenció un 8,8, en la región central un 15,0 y en la zona oriental una prevalencia del 8,9 (16). A nivel regional se han realizado estudios mucho más actuales que permiten evidenciar un incremento de fluorosis dental en diferentes localidades. En la ciudad de Cartagena Arrieta y cols. (17) reportaron prevalencias de 66,5%, asimismo, en el departamento de Antioquia, se han reportado prevalencias de algunos estudios que van de 67% (18) hasta 81% (19, 20). Por su parte, en municipios de Caldas (14) y Santander (21) la prevalencia también ha sido alta, con valores de 63,3% y 71,4%, respectivamente; evidenciándose un incremento de la ocurrencia de este evento en los estudios realizados en las diferentes regiones de Colombia, al comparar estos datos con los hallazgos nacionales observados en 1998. Así mismo se han encontrado hallazgos de aumento de esta prevalencia en poblaciones latinoamericanas con valores muy similares a los observados en Colombia (22-24). Sin embargo, para la región oriental colombiana desde el ENSAB III no

se ha realizado ningún estudio que actualice la información de prevalencia de este evento.

En el ámbito mundial, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos, en 2011, en respuesta al aumento en la prevalencia de fluorosis en los últimos años, decidió disminuir el nivel de F óptimo, recomendando en el agua potable una concentración entre 0,7 ppm y 1 ppm, lo que es visto como una alerta en países donde se administra F sistémico como medida de salud pública, y sustenta la necesidad de profundizar en la investigación sobre fluorosis dental y F dada la relevancia del riesgo en la salud pública y en la clínica (25).

Por otra parte, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 de la república de Colombia fortaleció la vigilancia epidemiológica de la fluorosis dental (16) confirmándose un interés por parte de los organismos de salud nacionales, para poder usar estos hallazgos en la toma de decisiones desde la Salud Pública. Adicionalmente en Colombia, según la disposición de las diferentes fuentes de agua potable que tienen los pobladores, se ha reportado riesgo de fluorosis dental en 26 municipios (16).

Por lo anterior, el presente estudio planteó como objetivo principal determinar la prevalencia y severidad de fluorosis dental en población de 8 a 12 años de edad de los colegios públicos de Villavicencio, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo con participación voluntaria y previo consentimiento informado de los adultos responsables de 459 infantes de 8 a 12 años, seleccionados de una población de 32.306 matriculados en los colegios públicos de Villavicencio, mediante muestreo probabilístico en tres etapas: primero se calculó el tamaño de la muestra (3,57% de error estándar, 95% de confianza y $p = q = 0,5$); este estimador de $p = q$ se decidió

teniendo en cuenta que no se tenía información actualizada respecto a la prevalencia de fluorosis dental en esta región, y que la información del ENSAB III fue evaluada con un índice de menor sensibilidad (DEAN) que el que se empleó en el presente estudio (TFI); luego se seleccionó aleatoriamente una institución educativa por cada uno de los 8 conglomerados o comunas de Villavicencio y se distribuyó la muestra a proporción de los niños en cada institución según edad y sexo, utilizando un muestreo aleatorio simple con reemplazo a través de series de números aleatorios obtenidas con ayuda del programa SPSS versión 21.0.

Los criterios de inclusión observados fueron: niños y niñas de 8 a 12 años de edad, residentes en el municipio de Villavicencio (Meta), que presentaran completamente erupcionados uno o más pares homólogos de dientes indicados para el examen clínico; se excluyeron a los niños con alguna malformación congénita que afecte huesos y dientes, los que recibieran en el momento del estudio tratamiento de ortodoncia u ortopedia fija maxilar y aquellos que presentaran caries, obturaciones o fracturas dentales en la superficie vestibular examinada.

Este trabajo fue avalado por el Comité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia, cumpliendo las disposiciones internacionales (declaración de Helsinki 1964 - modificación de Edimburgo en 2000, y resolución 08430 del Ministerio de Salud de la república de Colombia). El examen clínico fue realizado por 6 odontólogos previamente calibrados por un experto en el diagnóstico de fluorosis dental según índice de Thylstrup y Fejerskov (TFI) (Tabla 1), se seleccionaron como examinadores aquellos que obtuvieron índices de Kappa $\geq 0,80$ tanto ínter como intra-examinador. La evaluación clínica se hizo con luz de día y un espejo No. 5, previa remoción de placa bacteriana, inspeccionando las superficies de dientes permanentes inferiores y superiores. Se

inspeccionaron las superficies vestibulares y se determinó la presencia de la fluorosis dental en pares homólogos de dientes (incisivos centrales y laterales, caninos, premolares y primeros molares en ambas arcadas). Luego se clasificó la apariencia macroscópica de los dientes en relación con la condición histológica del esmalte usando una escala ordinal con los códigos (0 a 9) como se explica a continuación:

- 0: Translucidez normal del esmalte después del secado prolongado con aire.
- 1: Se observan líneas delgadas opacas a lo largo de la superficie dental. En algunos casos puede observarse en los bordes cuspidos e incisales.
- 2: Las superficies lisas presentan líneas más pronunciadas de la opacidad que siguen la superficie del esmalte. En las superficies oclusales presenta áreas dispersas de opacidad < 2 mm de diámetro en las crestas cuspidas.
- 3: Las superficies lisas tienen áreas nubladas irregulares de opacidad. Las zonas oclusales presentan áreas confluentes de marcada opacidad. Las zonas desgastadas aparecen casi normal, pero generalmente circunscritas por un borde de esmalte opaco.
- 4: Las superficies lisas: toda la superficie exhibe marcadas opacidades de aspecto blancuzco. Las partes de la superficie expuesta al desgaste aparecen menos afectadas. La superficie oclusal tiene marcadas opacidades.
- 5: Las superficies lisas y superficies oclusales: toda la superficie muestra marcada opacidad en el esmalte < 2 mm de diámetro.
- 6: Las superficies lisas: presentan bandas horizontales < 2 mm. La superficie oclusal presenta áreas confluentes < 3 mm de diámetro, presenta pérdida de esmalte. Marcado desgaste.
- 7: Las superficies lisas: tienen pérdida de esmalte externa en áreas irregulares que involucran $< 1/2$ de superficie. La zona oclusal tiene cambios en la morfología causados por la fusión de fosas y el marcado desgaste.

- 8: Las superficies lisas y oclusales: presentan pérdida de esmalte que implica > 1/2 de superficie.
- 9: Las superficies lisas y oclusales: tienen pérdida de la parte principal del esmalte con cambios en la apariencia anatómica de la superficie. El borde cervical del esmalte a menudo puede estar inafectado (26).

Se realizó análisis exploratorio de datos (AED), distribución de frecuencias y estadística inferencial (prueba de asociación χ^2 de Pearson con $\alpha = 0,05$), usando el programa estadístico SPSS versión 21.0. La presencia de fluorosis fue considerada a partir del código 1 del índice TF.

RESULTADOS

Se observaron un total de 459 niños de 8 instituciones Educativas Públicas de Villavicencio, el 51,2% corresponden al sexo masculino; la edad promedio fue de 10,14 años (IC 95%: 10,01-10,28); el grupo más representativo fue el de 12 años (24,0%), de ellos el 51,8% son niños, el grupo de menor proporción fue el de 9 años en el que el 48,8% son niñas. Esto en concordancia con la distribución por sexo y edad de la población estudiada. Teniendo en cuenta el lugar de procedencia de los niños durante sus primeros 6 años de vida, encontramos que el 84,5% (388) (IC 95% = 80,2% a 88,7%) procedían del municipio de Villavicencio.

En la distribución de los menores de Villavicencio, según el lugar de procedencia se observa que en los primeros 6 años de vida el 29,1% (n = 113) vivieron en la comuna 4 y el 22,7% (n = 88) en la comuna 5. Una proporción menor de niños, 8,5% (n = 33), procedían del área rural de Villavicencio (corregimientos 7 y 1). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas de los participantes

VARIABLE	NÚMERO DE NIÑOS(AS)	%
SEXO		
Masculino	235	51,2
Femenino	224	48,8
EDAD (años)		
8	83	18,1
9	82	17,9
10	90	19,6
11	94	20,5
12	110	24
LUGAR DE PROCEDENCIA (primeros 6 años de vida)		
Comuna 1	30	7,7
Comuna 2	35	9
Comuna 3	11	2,8
Comuna 4	113	29,1
Comuna 5	88	22,7
Comuna 6	24	6,2
Comuna 7	39	10,1
Comuna 8	15	3,9
Corregimiento 1	17	4,4
Corregimiento 7	16	4,1
Total de Villavicencio	388	84,5
Otros municipios Meta	12	2,6
Otros departamentos del país	58	12,6
Otro país	1	0,2

Fuente: Elaboración propia.

La prevalencia de fluorosis ($\text{TFI} \geq 1$) de la población estudiada fue del 65,8%, siendo el sexo masculino el más afectado, 51,3% (n = 155). Sin evidenciar diferencias en la prevalencia de fluorosis entre ambos sexos ($p = 0,94$) (Tabla 2).

La prevalencia de fluorosis distribuida por edad muestra al grupo de los 11 años como el más afectado con un 74,5%, seguido por los de 9 años con un 68,3%. El grupo de edad menos afectado es el de 8 años con una prevalencia del 60,2%; sin encontrar diferencias significativas entre los diferentes rangos de edad ($p = 0,24$) (Tabla 2).

Analizando la prevalencia de fluorosis distribuida por las comunas y corregimientos a los que pertenecen los 388 niños procedentes de Villavicencio, se encontró que la comuna 6 (sector urbano) presenta la prevalencia más alta con un 70,8%, seguida por la comuna 5 con una prevalencia del 69,3; mientras que en la zona rural el corregimiento 1, vereda La Cuncia, con una prevalencia del 76,4% fue el más afectado. Sin encontrar diferencias significativas en la prevalencia de fluorosis entre las comunas y corregimientos de la ciudad ($p = 0,84$) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la prevalencia de fluorosis según las variables del estudio

VARIABLE	NÚMERO DE NIÑOS(AS)	% PREVALENCIA FLUOROSIS TFI ≥ 1	IC 95%
SEXO ($p = 0,94$)			
Masculino	155	51,3	47,3-55,3
Femenino	147	48,7	44,6-52,8
Total	302	65,8	63,1-68,5
EDAD (años cumplidos) ($p = 0,24$)			
8	50	60,2	53,3-67,1
9	56	68,3	62,1-74,5
10	55	61,1	54,5-67,7
11	70	74,5	69,3-79,7
12	71	64,5	58,8-70,2
LUGAR DE PROCEDENCIA ($p = 0,84$)			
Comuna 1	17	56,7	44,7-68,7
Comuna 2	18	51,4	39,6-63,2
Comuna 3	7	63,6	45,4-81,8
Comuna 4	72	63,7	58-69,4
Comuna 5	61	69,3	63,4-75,2
Comuna 6	17	70,8	59,8-81,8
Comuna 7	24	61,5	51,6-71,4
Comuna 8	9	60	43,7-76,3
Corregimiento 1	13	76,4	63,9-90,2
Corregimiento 7	9	56,2	39,7-72,7
Total de Villavicencio	247	63,7	60,6-66,8
Otros municipios Meta	9	75	60,6-89,4
Otros departamentos del país	45	77,6	71,4-83,8
Otro país	1	100	100-100

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la prevalencia de fluorosis según sexo y edad, el grupo de niñas más afectadas estaba en la edad de 10 años con un 54,5% (n = 30). El grupo de niños más afectado fue el de 8 años con

un 58,0% (n = 29). Sin encontrar diferencias en la prevalencia de fluorosis entre los diferentes rangos de edad y el sexo (p = 0,25) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la prevalencia de fluorosis por sexo y edad

Fluorosis			Edad (años cumplidos)												IC 95%
			8		9		10		11		12		Total		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
NO	Sexo	Femenino	19	57,6	14	53,8	14	40,0	12	50,0	18	46,2	77	49	43,3-54,7
		Masculino	14	42,4	12	46,2	21	60,0	12	50,0	21	53,8	80	51	45,4-56,6
	Total		33	100	26	100	35	100	24	100	39	100	157	100	100-100
SÍ	Sexo	Femenino	21	42,0	26	46,4	30	54,5	35	50,0	35	49,3	147	48,7	44,6-52,8
		Masculino	29	58,0	30	53,6	25	45,5	35	50,0	36	50,7	155	51,3	47,3-55,3
	Total		50	100	56	100	55	100	70	100	71	100	302	100	100-100

Fuente: Elaboración propia.

Severidad de fluorosis

El 34,2% (n = 157) de los escolares presentaron un TFI = 0, mientras que el grado de severidad más representativo fue el TFI = 2 (leve) en el 31,4% (n = 144) de los menores, seguido del 23,7% (n = 109) con un TFI = 1, el TFI = 4 tan solo se encontró en un 2,4% (n = 11) de los menores siendo este el grado de severidad más alto.

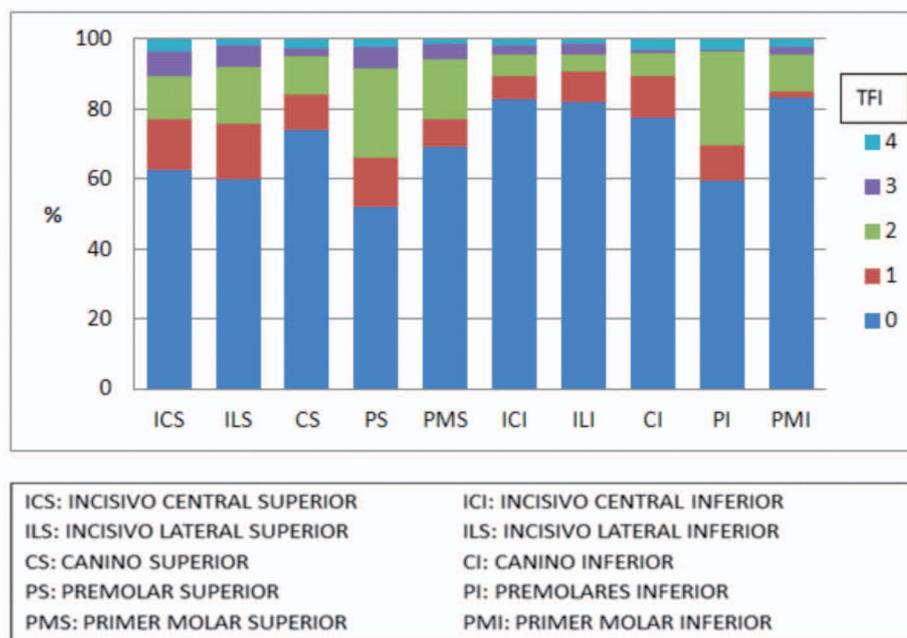
La distribución de severidad según sexo mostró que el TFI = 2 fue el más frecuente en ambos sexos, con el 33,5% en mujeres y 29,40% en hombre, sin diferencias significativas entre ellos (p = 0,25).

El índice de severidad de fluorosis dental más representativo según edad fue el TFI = 2 con la siguiente distribución: 34,1% (n = 28) de los niños de 9 años, 33% (n = 31) en el grupo de los 11 años, 31,8% (n = 35) en los de 12 años, un 28,9% (n = 26) para los de 10 años y el 28,9% (n = 24) en los de 8 años. Sin encontrar diferencias en la prevalencia de fluorosis dentro de los grupos de edad (p = 0,23).

Del total de dientes examinados (n = 2.769) el 68,4% tenía TFI = 0, el 31,6% tenían un TFI de ≥ 1 , siendo el TFI = 2 el más representativo con un 14,2% (n = 393 dientes). El TFI = 4 solo se presentó en el 2,3% de los dientes examinados.

Los dientes que presentan mayor afectación por fluorosis son los premolares superiores (PS) con un 48,2% (n = 137) (IC 95% = 43,9%-52,5%); le siguen los premolares inferiores (PI) con 40,6% (n = 52) (IC 95% = 33,8%-47,4%); los incisivos laterales superiores (ILS) con un 40,2% (n = 176) (IC 95% = 36,5%-43,9%) y los incisivos centrales superiores con (ICS) con un 37,7% (172) (IC 95% = 34,0%-41,4%).

En cuanto a la distribución de grados de severidad por tipo de diente, se observa que los incisivos centrales superiores con 3,7% y los caninos inferiores con un 3,3% son los que presentan el mayor grado de severidad (TFI = 4) (Figura1).

Figura 1. Distribución de los grados TFI según tipo de diente

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El presente estudio no puede ser generalizado a la población de menores de 8 a 12 años de Villavicencio, puesto que en la muestra no se incluyeron menores de colegios privados, así como tampoco una muestra representativa de las zonas rurales pertenecientes a este municipio. Sin embargo, teniendo en cuenta el diseño de este estudio en aspectos como el tamaño de la muestra, la utilización del índice de TFI, el cual resulta ser mucho más sensible que el usado en el referente más reciente para la región oriental ENSAB III (16) y el proceso de calibración de los examinadores clínicos, los resultados pueden ser considerados como un estimador representativo del comportamiento de la fluorosis dental en este municipio.

Los hallazgos de este estudio indican que la prevalencia de fluorosis dental ($TFI \geq 1$) en

infantes escolarizados de 8 a 12 años de los colegios públicos de Villavicencio fue de 65,8% ($n = 302$). Respecto a la severidad, los grados de TFI predominantes son grado 1 y 2, sin presentar grado de severidad superiores a $TFI = 4$ en ningún caso; lo cual pone en evidencia el aumento de la prevalencia respecto a los hallazgos del III Estudio Nacional de Salud Bucal, en donde la prevalencia nacional de fluorosis dental en niños de 6 a 19 años fue de 11,5% con una severidad entre fluorosis muy leve y leve (índice de Deán); y para la zona oriental una prevalencia de 8,9% (27), con una distribución similar a la encontrada entonces respecto a la prevalencia en hombres (51,3%) y en mujeres (48,7%). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el índice de fluorosis utilizado en el presente estudio (TFI) tiene mayor sensibilidad que el utilizado en el estudio en mención (DEAN), por lo que los dos estudios no son rigurosamente comparables.

Otras cifras halladas en los últimos años en diferentes ciudades del país, utilizando TFI, son las del estudio realizado por González y cols. llevado a cabo en la ciudad de Cartagena (2010) donde la prevalencia de fluorosis dental fue de 64,8% evaluada en 588 niños entre los 6 y 11 años de edad, con predominio del valor TFI 1 y 2 (28). En el estudio realizado por Martínez y cols. en el 2010 se establece una prevalencia de fluorosis para el municipio de Yondó (Antioquia) de 97,9%; en cuanto a la distribución por sexo, los varones representaron el mayor porcentaje (100%) (29), guardando similitud con este estudio, donde se establece una prevalencia mayor en el género masculino (51,3%), sin diferencias estadísticas entre ambos sexos ($p = 0,94$), por lo que se puede concluir que el sexo no está relacionado con la fluorosis dental o con la severidad de esta (Tabla 2).

En el estudio de Sánchez y Parra realizado en el departamento de Caldas para el 2005, se halló una prevalencia de fluorosis dental de 63,3% dentro de las categorías muy leve y leve (índice Deán), equivalentes a los valores 2 y 3 para TFI (14). La prevalencia en Bogotá, ciudad más cercana al municipio de Villavicencio, se establece en la investigación de Martignon y Granados (2002) donde se examinaron 1.558 escolares de 6-8 años, encontrando una prevalencia de fluorosis del 48,1% con severidad de leve a moderada (30). Concha y cols. registran una prevalencia de 77% para la ciudad de Bucaramanga (2003) en escolares de 6 a 15 años y los grados TFI de 0 a 3 fueron los de mayor frecuencia en un 29,1%; en los grupos de edad, el más afectado por fluorosis dental fue el de 9 a 11 años con una prevalencia de 82,2% (21); lo cual coincide con lo encontrado en el presente estudio, observándose la mayor prevalencia en los infantes de 9 (68,3%) y 11 (74,5%) años de edad. Lo que se explicaría por la mayor cantidad de dientes permanentes que se encuentran erupcionados en estas edades comparados con los de 8 años (Tabla 3).

Ramírez y cols. reportan en su estudio realizado en 1.330 escolares de la ciudad de Medellín de los colegios públicos, una prevalencia de 81% en escolares de 6 a 13 años con una predilección de valores TFI de 1 y 2; en cuanto a la distribución de frecuencias en los valores TFI para cada tipo de diente, los premolares y caninos son los más afectados (19); lo que ratifica lo hallado en este estudio respecto al tipo de diente siendo los más afectados los premolares superiores e inferiores (48,2% y 40,6%), en tercer lugar los incisivos laterales superiores (40,2%), contrario a lo reportado por la literatura en donde estos son los dientes menos afectados (31). En el presente estudio los dientes menos afectados son los primeros molares inferiores (16,7%) y los incisivos centrales inferiores (17,1%) (Figura 1), en concordancia con lo reportado por otros autores. El encontrar que los dientes más afectados fueran los premolares se explica por tratarse de dientes de maduración tardía, lo que se relacionaría con la ingesta de altas concentraciones de F en edades tempranas o durante periodos de formación dentaria (19, 31).

Estudios internacionales como el realizado en Guanajuato (México) por Azpeitia y cols. (2006), indicó una prevalencia del 59,2 % con índices de severidad entre leve y muy leve en un 90% de los casos (32). Otro estudio de este país es el realizado por Frechero y cols. (2005), en donde se examinaron 216 escolares de 10 y 11 años de edad y se emplearon como criterios de evaluación los índices de Deán modificado y el TFI, con una prevalencia de 34,2% (74) distribuida en muy leve 19,4% y leve 11,1% sin presentar $\text{TFI} \geq 5$ o severo (33). La prevalencia de fluorosis dental en países vecinos como Venezuela estudiada en la investigación realizada por Borges y Mireles para el estado de Carabobo (2002), indica al 79,04% de la población como afectada por fluorosis dental y el grado de severidad con mayor predominio fue muy leve (34).

Si bien la aplicación de F ha mostrado ser una estrategia efectiva en la disminución de la prevalencia e incidencia de la caries, a su vez los diferentes estudios citados muestran un aumento de prevalencia de la fluorosis dental en la última década tanto en otros países como en ciudades colombianas y en las que por los resultados del presente estudio se puede incluir a Villavicencio, lo que se explicaría por la exposición a múltiples fuentes de F en edades de formación dentaria, así los menores se exponen al F a través de los alimentos, sal, agua de consumo, bebidas envasadas, dentífricos y enjuagues bucales(19, 28, 30, 33) por lo que se requiere una mayor vigilancia de las autoridades de salud pública, que permitan tomar medidas preventivas para el control de los niveles adecuados de F de cada una de estas fuentes, en beneficio de los individuos de la comunidad y de las generaciones futuras. Teniendo en cuenta que la fluorosis dental es un indicador de exposiciones a niveles de F superiores a las permitidas por las normas nacionales e internacionales, lo que a su vez puede representar consecuencias sistémicas en la salud de estas poblaciones (35-37) y que la aplicación de este ión vía sistémica en edades de formación dentaria plantea dudas de costo-beneficio acerca de su efecto preventivo para la caries dental versus los efectos colaterales de la fluorosis dental y toxicidad sistémica.

CONCLUSIONES

Con los resultados aquí expuestos, se confirman para Villavicencio, al igual que sucede para el resto del país, los altos índices de prevalencia de fluorosis dental; cabe resaltar que dentro de esta investigación no se hallaron grados de severidad mayores a 4 dentro de la población estudiada. Con relación al sexo, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de fluorosis dental y los grados de severidad de mayor frecuencia son 1 y 2; los dientes principalmente afectados

fueron los premolares superiores e inferiores. El sector del municipio con los índices más altos de fluorosis dental es la comuna 6 en el sector urbano y el corregimiento 1 para el sector rural. Es importante aclarar que la muestra tomada en las zonas rurales del municipio es pequeña, por lo que se recomienda realizar investigaciones futuras que amplíen la cantidad de individuos para estos sectores del municipio.

Con estas cifras elevadas es importante mantener en vigilancia las fuentes de F que puedan estar generando este comportamiento de la patología en la comunidad, de manera que es importante desarrollar campañas de educación para la salud, incluyendo en la educación tanto a los profesionales de la salud bucal como a los cuidadores y padres de familia, sensibilizándolos sobre los cuidados de la utilización de productos que contienen fluoruros, haciendo énfasis en medidas preventivas contra la caries y acciones para evitar que los niños continúen ingiriendo F indiscriminadamente.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios en los que se incluya una muestra mayor de sujetos procedentes del área rural, así como de infantes de escuelas privadas para poder aclarar diferencias en las prevalencias de fluorosis presentadas con respecto a estas variables.

Es importante la realización de estudios futuros que permitan determinar los factores asociados a la ingesta de altas concentraciones de fluoruros a la que está expuesta esta población para poder intervenir las fuentes causantes de los elevados índices de fluorosis encontrados.

Se recomienda a las entidades gubernamentales el seguimiento y control de los diferentes productos que contienen F dentro de sus componentes, de

manera que adopten las concentraciones óptimas de acuerdo al tipo de producto.

Capacitar a los profesionales de la salud en la notificación de esta patología a los entes de salud correspondientes, de manera que se continúe evaluando el comportamiento de la fluorosis en el municipio de Villavicencio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a los rectores de las instituciones educativas públicas que con amabilidad nos abrieron sus puertas, a los padres de familia, acudientes y a los menores sin los cuales este estudio no habría sido realizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kakumanu N, Rao SD. Images in clinical medicine. Skeletal fluorosis due to excessive tea drinking. *N Engl J Med*. 2013; 368(12):1140.
2. Jarvis HG, Heslop P, Kisima J, et al. Prevalence and aetiology of juvenile skeletal fluorosis in the south-west of the Hai district, Tanzania – a community-based prevalence and case-control study. *Trop Med Int Health*. 2013; 18(2):222-9.
3. Jiao YZ, Mu LH, Wang YX, An W, Jiang M. Association between ameloblastin gene polymorphisms and the susceptibility to dental Fluorosis. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2013; 34(1):28-32.
4. Jiao YZ, Mu LH, Wang YX, et al. Study on the association between environmental chemical elements and fluorosis caused by coal-fire pollution. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2012; 33(12):1243-7.
5. Parajas IL. Natural fluoride content of drinking waters in the National Capital Region. *J Philipp Dent Assoc*. 1998; 50(3):15-22.
6. Salih I, Backstrom M, Karlsson S, Lund E, Pettersson HB. Impact of fluoride and other aquatic parameters on radon concentration in natural waters. *Appl Radiat Isot*. 2004; 60(1):99-104.
7. Proudfoot AT, Bradberry SM, Vale JA. Sodium fluoroacetate poisoning. *Toxicol Rev*. 2006; 25(4):213-9.
8. Santos Lde M, Reis JI, Medeiros MP, Ramos SM, Araujo JM. In vitro evaluation of fluoride products in the development of carious lesions in deciduous teeth. *Braz Oral Res*. 2009; 23(3):296-301.
9. Jeevarathan J, Deepti A, Muthu MS, Rathna Prabhu V, Chamundeeswari GS. Effect of fluoride varnish on *Streptococcus mutans* counts in plaque of caries-free children using Dentocult SM strip mutans test: a randomized controlled triple blind study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007; 25(4):157-63.
10. Browne D. Enamel fluorosis: a cause for concern? *J Ir Dent Assoc*. 2012; 58(Suppl 3):S10-2.
11. Cunha-Cruz J, Nadanovsky P. Dental fluorosis increases caries risk. *J Evid Based Dent Pract*. 2005; 5(3):170-1.
12. Firempong C, Nsiah K, Awunyo-Vitor D, Dongsogo J. Soluble Fluoride Levels in Drinking Water-A Major Risk Factor of Dental Fluorosis among Children in Bongo community of Ghana. *Ghana Med J*. 2013; 47(1):16-23.
13. Cochran JA, Ketley CE, Arnadottir IB, et al. A comparison of the prevalence of fluorosis in 8-year-old children from seven European study sites using a standardized methodology. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32 (Suppl 1):28-33.
14. Sánchez H, Parra J. Fluorosis dental en escolares del departamento de Caldas, Colombia. *Biomédica*. 2005; 25(1):46-54.
15. Quanyong X, Minghao Z, Ming W, et al. Relationships between daily total fluoride intake and dental fluorosis and dental caries. *Journal of Nanjing Medical University*. 2009; 23(1):33-39.
16. Colombia RNd. III Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB III; 1999.
17. Arrieta K, González F, Luna L. Exploración del riesgo para fluorosis dental en niños de las clínicas odontológicas universidad de Cartagena. *Rev. salud pública*. 2011; 13(4):672-83.
18. Ramírez B, Franco A, Sierra J, et al. Fluorosis dental en escolares y exploración de factores de riesgo. Municipio de Frontino. *RevFacOdontolUnivAntioq*. 2006; 17(2):26-33.
19. Ramírez B, Franco Á, Ochoa E. Fluorosis Dental en Escolares de 6 a 13 Años de Instituciones Educativas Públicas de Medellín, Colombia. 2006. *Rev. salud pública*. 2009; 11(4):631-40.

20. Ramírez B, Franco A, Gómez A, Corrales D. Fluorosis dental en Escolares de Instituciones Educativas Privadas. Medellín, Colombia: 2007. *Rev. Facultad de Odontología de Universidad de Antioquia*. 2010; 21(2):170-76.
21. Concha S, Celedón Y, Vera W, et al. Prevalencia de fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad de la zona urbana de Bucaramanga. *Rev Ustasalud*. 2003; 2:73-82.
22. Sarvaiya BU, Bhayya D, Arora R, Mehta DN. Prevalence of dental fluorosis in relation with different fluoride levels in drinking water among school going children in Sarada tehsil of Udaipur district, Rajasthan. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2012; 30(4):317-22.
23. García-Pérez A, Irigoyen-Camacho ME, Borges-Yáñez A. Fluorosis and Dental Caries in Mexican Schoolchildren Residing in Areas with Different Water Fluoride Concentrations and Receiving Fluoridated Salt. *Caries Res*. 2013; 47(4):299-308.
24. De Carvalho CA, Zanlorenzi Nicodemo CA, Ferreira Mercadante DC, et al. Dental fluorosis in the primary dentition and intake of manufactured soy-based foods with fluoride. *Clin Nutr*. 2013; 32(3):432-7.
25. Ruiz J. 1er Simposio Internacional de Flúor y Fluorosis: Memorias Simposio Flúor y Fluorosis y Resúmenes de Investigación y Experiencias regionales; 2012. p. 5-6.
26. Espinosa R, Fernández R, Valencia I, Ceja A. Fluorosis dental. Edit. Ripano; 2012. p. 82-85.
27. III Estudio Nacional de Salud Bucal - Ensab III, II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas - Enfrec II. p. 109-112.
28. González F, Arrieta K, Fortich N. Factores familiares asociados con la prevalencia de fluorosis dental en niños escolares en Cartagena Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]*. 2012 [citado 24 Jun 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000300006&script=sci_arttext
29. Martínez L, Marulanda E, Noreña M, Bernal T, Agudelo A. Prevalencia de fluorosis y experiencia de caries dental en un grupo de escolares en el área urbana del municipio de Yondó (Antioquia, Colombia), 2010. *Rev. CES Odontología*. 2011; 24(1):9-16.
30. Martignon S, Granados OL. Prevalencia de fluorosis dental y análisis de asociación a factores de riesgo en escolares de Bogotá. *Rev. Científica Facultad de Odontología Universidad del Bosque*. 2002; 8:19-27.
31. Ferjeskov O, Baelum V, Moller IJ. *Dental fluorosis; a handbook for health workers*. Copenhagen: Munksgaard; 1988. p. 44-50.
32. Azpeitia M, Rodríguez M, Sánchez M. Prevalencia de fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2008; 46(1):67-72.
33. Frechero N, Castañeda E, Hernández J, Robles G. Prevalencia de fluorosis dental en escolares de una delegación política de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2005; 72(1):13-16.
34. Borges M, Mireles J. Flúor en la sal de consumo humano y prevalencia de fluorosis dental en la población de la escuela básica "Dr. Carlos Arvelo". Yagua. Estado Carabobo. *Rev. Odous Científica*, 2002; 1-12.
35. Beltrán M. Investigar las consecuencias del efecto acumulativo del flúor, una necesidad imperante de la profesión odontológica. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*. 2012; 3(7):45-47.
36. Dhar V, Bhatnagar M. Physiology and toxicity of fluoride. *Indian J Dent Res*. 2009; 20:350-355.
37. Choi AL, Sun G, Zhang Y, Grandjean P. Developmental Fluoride Neurotoxicity: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. 2012 [citado 18 Jun 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1104912>

LA DINÁMICA ORGANIZATIVA: EL CASO DEL COLECTIVO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CALI, COLOMBIA

Jhon Jairo Angarita Ossa*

Recibido en septiembre 16 de 2013, aceptado en abril 21 de 2014

Citar este artículo así:

Angarita Ossa JJ. La dinámica organizativa: el caso del colectivo de personas con discapacidad en Cali, Colombia. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1):39-53.

Resumen

Objetivo: Contribuir a la comprensión de las dinámicas organizativas para la incidencia política de las personas en situación de discapacidad, desde la perspectiva de los derechos a partir del caso del Colectivo de Discapacidad de la Universidad del Valle. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación con enfoque cualitativo, a partir de un estudio de caso, en la ciudad de Cali, en el periodo junio de 2010 a marzo de 2011. Se utilizaron fuentes secundarias, observación-participante, entrevistas en profundidad y un taller participativo. **Resultados:** La dinámica organizativa para la incidencia política de las personas en situación de discapacidad, desde la perspectiva de los derechos, permite comprender las capacidades internas reconocidas en la organicidad, la capacidad propositiva, la capacidad de convocatoria, el discurso político, la tasa de filiación y las alianzas y redes. Además, se reconocen las motivaciones que movilizan el desarrollo de acciones de incidencia política, las cuales permiten prefigurar el papel que la organización asume para los participantes de la misma. **Conclusiones:** El Colectivo de Discapacidad permite reconocer como sujeto de estudio un importante papel de la organización en el desarrollo de acciones de incidencia política a partir de las motivaciones por la participación y el reconocimiento de los derechos en escenarios de presión política y en redes con otros actores.

Palabras clave

Personas con discapacidad, organización social, acción comunitaria, derechos humanos, política (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Licenciado en Ciencias Sociales. Máster en Estudios del Desarrollo. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: jhonjairoangarita@gmail.com

ORGANIZATIONAL DYNAMICS: THE CASE OF COLLECTIVE OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN CALI, COLOMBIA

Abstract

Objective: To contribute to the understanding of organizational dynamics for the political incidence of people with disabilities from the rights perspective, from the collective disabilities case at Universidad del Valle. **Materials and Methods:** a qualitative research approach was conducted, based on a case study in the city of Cali between June 2010 and March 2011. Secondary sources, participant observation, interviews and a participatory workshop were used. **Results:** Organizational dynamics for political incidence of people with disabilities, from the perspective of rights, allows understanding the internal skills recognized in the organization, the ability to plan, the ability to convene, and the political discourse, the rate of affiliation, and alliances and networks. Besides the motivations that move the development of political incidence are recognized, which allow prefiguring the role the organization assumes for its participants. **Conclusions:** The Collective of disabled allows recognizing as a subject of study an important role the organization has in the development of political incidence actions from the motivations for participation and recognition of rights in political pressure scenarios and networks with other actors.

Key words

People with disabilities, social organization, community action, human rights, politics (*source: DeCS, BIREME*).

A DINÂMICA ORGANIZATIVA: O CASO DO COLECTIVO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CALI, COLÔMBIA

Resumo

Objetivo: Contribuir à compreensão das dinâmicas organizativas para a incidência política das pessoas em situação de deficiência, desde a perspectiva dos direitos a partir do caso do Coletivo de Deficiente da Universidade do Valle. **Materiais e Métodos:** Realizou-se uma pesquisa com enfoque qualitativo, a partir de um estudo de caso, na cidade de Cali, em o período junho de 2010 a março de 2011. Utilizaram-se fontes secundárias observação-participante entrevista em profundidade numa abordagem participativa. **Resultados:** A dinâmica organizativa para a incidência política das pessoas em situação de deficiência, desde a perspectiva dos direitos, permite compreender das capacidades internas reconhecidas na organicidade, a capacidade propositiva, a capacidade de convocatória, o discurso político, a taxa de filiação e as alianças e redes. Além, se reconhecem as motivações que mobilizam o desenvolvimento de ações de incidência política, as quais permitem prefigurar o papel que a organização assume para os participantes da mesma. **Conclusões:** O coletivo de Deficientes permite reconhecer como sujeito de estudo um importante papel da organização no desenvolvimento de ações de incidência política a partir das motivações pela participação e o reconhecimento dos direitos em cenários de pressão política em redes com outros atores.

Palavras chave

Pessoas com deficiência, organização social, ação comunitária, direitos humanos, política (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

“Todos los países del mundo nos encontramos en vía de desarrollo en cuanto a discapacidad se refiere”
(Gerard Quinn, Comisión de Derechos Humanos de Irlanda).

La discapacidad es una situación que históricamente ha hecho presencia en el entorno social del ser humano. A través del tiempo su concepción y abordaje ha tenido diferentes cambios, en ocasiones con múltiples avances, y en otras con desaciertos que han sometido a las personas en situación de discapacidad (en adelante PSD) a niveles significativos de exclusión en todas sus dimensiones sociales (1).

Las PSD enfrentan una serie de barreras físicas, sociales y culturales que les impiden gozar plenamente de libertades y derechos básicos.

En el mundo existen actualmente cerca de 650 millones de PSD. Esta cifra representa el 10% de la población mundial y su número sigue en aumento debido a diversos factores como: el crecimiento demográfico, el paulatino proceso de envejecimiento de la población mundial, además de las catástrofes, las guerras, la pobreza y la exclusión (1).

En Colombia el Censo General de 2005, registra 2'624.898 personas con alguna limitación permanente, es decir, de cada 100 colombianos el 6,4% tiene una discapacidad. En Santiago de Cali, tercera ciudad de Colombia, según el mismo Censo hay 138.519 PSD, es decir que de cada 1000 personas hay 66 con algún tipo de discapacidad. En cuanto al estrato socioeconómico, el 41% de la población con discapacidad se encuentra en los estratos 1 y 2 en condiciones de pobreza o pobreza extrema (2).

El marco legislativo relacionado con la discapacidad en Colombia tiene progresos normativos, aunque con limitados avances en su implementación. Las normas se orientaron a

responder a necesidades y grupos específicos de la población en situación de discapacidad, o en otro caso a sumar la discapacidad en el marco de la población vulnerable (Ley 324 de 1996¹ y Ley 119 de 1994²). En este contexto surge el escenario de la organización social como una plataforma para la acción colectiva.

El Colectivo de Discapacidad de la Universidad del Valle, para este caso es el sujeto de estudio, se toma para indagar acerca de la problemática central, que consiste en un contexto de discriminación y exclusión a las PSD, es decir la ausencia de la garantía de los derechos, los cuales han sido reconocidos con avances legislativos, en casos producidos, por la incidencia de las organizaciones de PSD, sin negar la alianza con intermediarios como funcionarios públicos, organizaciones no gubernamentales, actores políticos, entre otros.

En dicho sentido, el presente estudio tiene como objetivo contribuir a la comprensión de las dinámicas organizativas para la incidencia política de las personas en situación de discapacidad, desde la perspectiva de los derechos a partir del caso del Colectivo de Discapacidad de la Universidad del Valle en Cali, Colombia.

La motivación que ha llevado a la realización de la siguiente investigación surge por el desconocimiento académico de experiencias organizativas de PSD y en particular dirigidas a la incidencia política, sobre las cuales no es fácil encontrar investigaciones acerca de los avances de la presión que realizan organizaciones sociales en la transformación de políticas a favor de las PSD.

¹ Por la cual se dictan algunas normas para la población sorda, en la que el Estado aprueba la lengua de señas como oficial para esta población y plantea la difusión e investigación de la misma, se promueve la tecnología y el servicio de intérpretes.

² Por la cual se reestructura el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, brindando mayor oportunidad de acceso a las personas en situación vulnerable. (Tomado de Normatividad, Campaña para la implementación de Estrategias de Sensibilización sobre discapacidad en Santiago de Cali).

Si bien existen avances de sectores académicos, organizaciones no gubernamentales, e incluso de la empresa privada con el objetivo de impulsar o coadyuvar la organización de PSD, hay poco avance en la comprensión de las experiencias organizativas de esta población y de sus iniciativas de incidencia política en el marco de la vida universitaria.

Finalmente, decir que esta investigación pretende ser insumo de interlocución en dos escenarios: primero, el escenario práctico de las organizaciones sociales, al cual podría aportar como insumo de discusión en el análisis organizativo, desde la revisión de las formas de agenciar la organización y en la dinámica contenida en el establecimiento de iniciativas de incidencia política.

Segundo, y no por esto menos importante, el escenario académico al cual se pretende aportar desde un enfoque cualitativo y exploratorio a la comprensión de la dinámica organizativa de sujetos sociales que expresan como estrategia política, el desarrollo de acciones colectivas en la perspectiva de los derechos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El enfoque metodológico del presente estudio es de carácter cualitativo y exploratorio, se constituye como un estudio de caso, incorporando diferentes técnicas de trabajo para el acopio, procesamiento y análisis de la información. Tiene como propósito la identificación de la dinámica organizativa que contribuye al desarrollo de la incidencia política en la perspectiva de los derechos.

El sujeto de estudio es la organización denominada Colectivo de Discapacidad de la Universidad del Valle. El Colectivo se fundó en abril de 2005 como una organización de estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad del Valle en Cali, Colombia.

La Universidad del Valle es una institución de Educación Superior de carácter público, es decir, entidad descentralizada del Estado. Se constituye como la principal universidad del suroccidente colombiano, la tercera a nivel nacional, en cuanto a infraestructura, investigación y oferta académica.

El Colectivo de Discapacidad cuenta con el apoyo del Sindicato de Trabajadores y Empleados Universitarios de Colombia (SINTRAUNICOL). Y con el reconocimiento del sistema de bienestar de la universidad en mención. Actualmente se constituye por cerca de 30 miembros con discapacidades física y sensorial (ciegos) vinculados como estudiantes o trabajadores a la entidad educativa.

La organización ha desarrollado desde 2005 hasta la actualidad un proceso de incidencia política, lo que le ha permitido poner en discusión con diversos actores reivindicaciones de los derechos de las personas con discapacidad, en particular los estudiantes con discapacidad.

Esto permite seleccionar esta organización, además que participa en el marco del programa Reddis, que en 2011 se consolidaría como la Red nacional de organizaciones para la promoción, ratificación e implementación de la Convención de derechos de personas en condición de discapacidad.

La investigación se desarrolla entre junio de 2010 y marzo de 2011, con la participación de miembros del Colectivo de Discapacidad, trabajadores y miembros del SINTRAUNICOL, funcionario del sistema de bienestar universitario y profesional del programa Reddis.

El análisis sistemático en la presente investigación cualitativa se realiza a partir de los planteamientos de Juan Luis Álvarez (3).

La unidad de análisis la constituye el Colectivo de Discapacidad, y las etapas llevadas a cabo en el proceso de investigación fueron las siguientes:

Se identificaron fuentes secundarias como reseñas, actas de reuniones, ponencias académicas, comunicados, documentos de trabajo y fotografías, con la pretensión de describir la organización y sus cualidades desde los planteamientos internos del Colectivo.

También, la observación etnográfica en dos acciones de incidencia política, plantones desarrollados en la plazoleta del Centro de Administración Municipal de Cali (CAM) durante diciembre de 2010.

Realización de entrevistas en profundidad a ocho actores (ver Tabla 1), miembros del Colectivo, funcionario de la universidad, miembro del sindicato y docente del programa Reddis, con el fin de indagar sobre las apreciaciones y nociones que estos atribuyen a la organización y al proceso de incidencia política.

Tabla 1. Relación de entrevistados y edad

Entrevistados	Edad
Participante 1	45 años
Participante 2	38 años
Participante 3	40 años
Participante 4	29 años
Participante 5	26 años
Participante 6	45 años
Participante 7	27 años
Participante 8	28 años

Fuente: Elaboración propia.

Por último, un taller, realizado en febrero de 2011, sobre el estado del arte de la discapacidad en Cali y el análisis de una acción realizada por el Colectivo

el 3 de diciembre de 2010. En este espacio se indagó sobre las motivaciones y elementos propios de la organización que se movilizan al momento de construir una iniciativa de incidencia política.

Cabe resaltar que la acción de incidencia política, antes mencionada, se realizó en el marco de la conmemoración del día internacional de la discapacidad –3 de diciembre–. Esta efemérides fue excusa para la movilización en conjunto con otras organizaciones y la correspondiente exigencia en plaza pública, en el CAM, de la eliminación de las barreras para la creación de una sociedad incluyente para todos bajo el lema de “NADA SOBRE NOSOTROS SIN NOSOTROS”.

A partir de la triangulación de los datos obtenidos, se construye un plan de análisis sobre la organización como unidad de trabajo, la cual se estructura a partir de las siguientes dimensiones, en la perspectiva de la comprensión de la dinámica organizativa del Colectivo de Discapacidad desde la incidencia política en la perspectiva de los derechos.

Las dimensiones se encuentran en el análisis deductivo y son la dinámica organizativa, los derechos de las PSD, la incidencia política y la participación. Para su orden, se emplea una matriz que describe indicadores e instrumentos de acopio de información (ver Tabla 2).

Subyacen al plano dimensional del estudio una serie de categorías inductivas que permiten complementar el análisis, y estas son: la organicidad, la capacidad propositiva, la capacidad de convocatoria, el discurso político, la tasa de filiación y las alianzas y redes.

Tabla 2. Matriz de dimensión de análisis e instrumentos de acopio de información

DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE ACOPIO DE INFORMACIÓN
Dinámica organizacional	Actores involucrados.	Fuentes secundarias, documentos, actas, listados de asistencia y fotografías.
	Tipo de organización, formas de organizarse, voceros, redes, discurso político y tasa de afiliación.	Observación. Entrevistas. Taller de Grupo.
Derechos de las PSD	Forma en la que expresan sus derechos.	Entrevistas. Taller de Grupo.
	Garantía de acceso a Bienes y servicios. Exclusión y marginación.	
Incidencia política	¿Cómo se concibe la incidencia política?	Entrevistas. Taller de Grupo.
	¿Qué iniciativas de acción se construyen?	
Participación	¿Qué mecanismos de acción se utilizan y que impactos tienen?	Entrevistas. Taller de Grupo.
	¿Cuáles son las formas de participar y la delegación ante espacios de participación?	

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

En la investigación es posible definir el papel de la organización de PSD en relación con los ámbitos analizados, estos son en cuanto al Colectivo de Discapacidad: la relación con los actores, la organización, la participación, la incidencia política y el enfoque de derechos.

De la mano con la lectura analítica se dejan ver campos semánticos que potencian la valoración de las acciones comunes del Colectivo. En particular son: la igualdad, la no discriminación, la autodeterminación, la rehabilitación, la integración-inclusión. Y, la acción afirmativa en el contexto de la exclusión y la reivindicación de los derechos de las personas en situación de discapacidad.

La acción colectiva se encuentra en la búsqueda de acciones afirmativas que consigan el reconocimiento de la igualdad, es decir el reconocimiento del otro desde su diferencia, pero en este caso el reconocimiento implica un acuerdo normativo que se evidencia en beneficios cualitativos y cuantitativos de carácter político para las PSD en el contexto universitario.

Los actores y su relación con el Colectivo de Discapacidad

El sindicato participa e influencia la vida organizativa y política del Colectivo, dado que ha sido este quien ha favorecido con su peso institucional la constitución de escenarios de incidencia política relacionados con las PSD.

Por otro lado, el funcionario de bienestar universitario reconoce en el Colectivo la organización que representa a los estudiantes en situación de discapacidad. Su relación se instrumentaliza desde el otorgamiento de subsidios a los estudiantes a partir del análisis del nivel socioeconómico y de salud.

El docente del programa Reddis responde a un trabajo institucional, que propone al Colectivo, a quien apoya en formación, en cuanto al fortalecimiento de las capacidades de algunos representantes de la organización para el desarrollo de estrategias de incidencia política. Su relación es horizontal y externa a la universidad.

El análisis de los actores permite exponer que todos tienen una relación estratégica con respecto al Colectivo, puesto que este permite reconocimiento, estatus institucional, evidencia de compromiso institucional, incluso apoyo en casos particulares o en la planificación para la gestión de la organización.

Con nuestras alianzas todos ganamos, el sindicato se sigue posicionando en el proceso de defensa de los derechos de estudiantes y trabajadores, nosotros ni se diga... tenemos ganancias y vamos por otras y hasta bienestar universitario tiene una buena relación con nosotros; sin embargo, hay que seguir trabajando. (Taller, marzo de 2011)

Pero, más allá de esta mirada, se identifica que cada actor no tiene el mismo punto de vista con respecto a la discapacidad, pues existen valoraciones construidas culturalmente. Como lo refiere Martha Nussbaum, las normas y valores son construcciones locales y no universales (4).

En este sentido, las posiciones que asumen los actores en cuestión están cargadas de valoraciones locales, propias de la construcción cotidiana, que para nada son universales:

Lo que no dejaremos de mencionar es que tenemos una visión dialéctica de la cuestión de la discapacidad, esto es, la discapacidad como el resultado de una ideología dominante de la normalidad. (Participante de 45 años)

El encuentro de estas visiones y formas de ver la discapacidad se evidencian en la cotidianidad, para este caso el funcionario asume una posición institucional con una carga valorativa de la discapacidad como una enfermedad que debe ser tratada. A su vez, el Colectivo responde desde la exigibilidad de los derechos planteando acceso universal no solo a un servicio de salud, sino además a los derechos universales que la dignidad de una persona reconoce como necesarios.

De aquí que el Colectivo, en casos de solicitudes específicas e individuales, establezca espacios de negociación y encuentro con otros. Al respecto, miembros del colectivo exponen que *solamente el diálogo efectivo entre las partes permite construir un sentido común* (Taller, marzo de 2011). En esta perspectiva, la invitación es a que nos transformemos, hasta cierto punto, en exiliados filosóficos de nuestras formas de vida, una actitud de distanciamiento y desapego respecto de esa lealtad que no discrimina las propias maneras de actuar fomenta el tipo de evaluación que verdaderamente se basa en la razón (4).

Sin embargo, esta mirada es preciso complementarla con los intereses y dinámica organizativa propia del Colectivo, puesto que esta organización moviliza sus propósitos en el marco de las posibilidades de acción con respecto a los actores a su alrededor.

El Colectivo lo empezamos a impulsar desde el sindicato, desde el comité de discapacidad del sindicato empezamos a impulsar la convocatoria de las personas con discapacidad en la universidad, hemos invitado a profesores a que se unan a esta causa, otros empleados también

hay algunos allí; pero creo que faltan muchos, igualmente al estudiantado.
(Participante de 38 años)

De esta forma, el Colectivo configura un sistema de redes. Las redes son formas de interacción social, como establece Aruguete definida como un intercambio dinámico entre personas, grupos y organizaciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos (5).

La forma de organización del Colectivo de Discapacidad

La organización se constituye como escenario donde se elabora y pone en ejecución iniciativas y/o propuestas, y a partir del cual se establecen relaciones de (interlocución, cooperación, conflicto y negociación) con distintos sectores de la sociedad y con el Estado. En otras palabras, las organizaciones son instancias de representación de intereses e instrumentos de acción colectiva (6).

El Colectivo de Discapacidad de la Universidad del Valle se concibe desde sus miembros como una organización de carácter estudiantil, que surge a partir de la identificación de determinados intereses para la población estudiantil con discapacidad en la universidad. Es a la vez una instancia de representación de intereses y plataforma para la acción colectiva.

El Colectivo está para [...] intentar mejorar la situación de los estudiantes con discapacidad aquí al interior de la universidad; organizar acciones para pelear por los derechos de las personas con discapacidad y promover que los estudiantes conozcan la realidad de la discapacidad. (Participante de 38 años)

La triangulación de los datos permite identificar que la dinámica organizativa del Colectivo de

Discapacidad, expresa en su organicidad una frágil estructura definida por bajos niveles de organización interna, poca disposición de recursos de diferente tipo, aunque con un importante número de voceros reconocidos en distintas instancias institucionales, un regular nivel de relaciones con otros actores y el establecimiento de reglas informales, a la vez que normas en la organización.

No diría propiamente que haya una estructura, [...] hay un coordinador, pero de ahí en adelante somos integrante y punto. No hay un orden jerárquico y tampoco hay estructura como tal.
(Participante de 26 años)

De acuerdo con Gough la organización implica, en un sentido amplio, la capacidad de vivir con otros y volcados hacia otros, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos y comprometerse en diversas formas de interacción social, tener capacidad tanto para la justicia como para la amistad (7).

Este sentido filosófico de la organización se complementa con el sentido político, el cual se hace visible en la existencia de reglas no convencionales, es decir, la no existencia de reglas programáticas y previamente pactadas. En cambio sí, una serie de pactos informales que permiten el desarrollo de la dinámica organizativa, en este caso se encuentran las discusiones y debates vía *chat*, reuniones de planeación puntuales y decisivas, y el hecho de que la participación en otros escenarios se debe hacer sin comprometer al Colectivo.

La no existencia de normas formalmente acordadas, deja sin mecanismos de control el accionar de los integrantes, sin embargo la ausencia de estas medidas formales expresa mayor flexibilidad y posibilidad de movilidad a los integrantes, particularmente a los voceros.

Desde este punto de vista, la capacidad propositiva de los miembros de la organización se percibe

como significativa, puesto que no sienten medidas o reglas que corten sus posibilidades de accionar, como es el caso de ir directamente con el Rector de la universidad y manifestar una situación ‘x’ o ‘y’. Aunque posteriormente este tipo de acciones no tengan seguimiento o un impacto considerable en las perspectivas de los objetivos del Colectivo.

Se tiene en cuenta, de igual forma, que la organización no evidencia un mecanismo estructurado que permita el fortalecimiento de la base social del mismo, esto se suma a la frágil estructura organizativa, en el planteamiento de la horizontalidad.

De acuerdo con Mirza, un grado alto de organicidad implica mayor formalización de los vínculos entre los miembros, así como su estructura organizacional. También implica el reconocimiento de reglas y normas que regulan el funcionamiento y el proceso de decisión. En el caso contrario, un grado bajo de organicidad estaría reflejando la casi inexistencia de reglas o acaso solo de algunas normas básicas y prácticamente la inexistencia de organismos internos (8).

Por tanto, la tasa de afiliación o número de adherentes a la organización es regular, puesto que los integrantes se suman a esta propuesta a partir de invitaciones particulares que implican un vínculo de amistad o cercanía, que es relativo a la permanencia en el Colectivo.

La participación un escenario desde la organización

Uno de los aspectos cruciales en el ámbito de la participación es su concepción, para los miembros del Colectivo la participación se establece en sentido amplio, más previsible a partir de las manifestaciones fácticas.

La organización social como escenario de participación se constituye en la posibilidad de reconocimiento de los sujetos, es decir del

grado de filiación en la que reconocemos y nos reconocen. De aquí que sean los vínculos de los integrantes de la organización los cuales tienen una relación directa con la eficacia de las acciones que puede desarrollar la organización, el mundo de las emociones y los vínculos afectivos.

Dicho así, un elemento constitutivo de las organizaciones sociales es la participación, la cual se reconoce como un proceso en el que distintas fuerzas sociales, en función de sus respectivos intereses (de clase, de género, de generación, o situación), intervienen directamente o por medio de sus representantes en la marcha de la vida colectiva con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política (9).

Desde la organización al definir escenarios para el trámite de un problema, se discute acerca de dos posibilidades, lo que se puede denominar como acciones institucionalizadas en las cuales caben los procedimientos administrativos y formales fijados para la manifestación de quejas y la recepción de solicitudes, que pueden ir desde un derecho de petición hasta el apoyo a un estudiante al Consejo Directivo en representación de la comunidad estudiantil.

Y por otro lado, acciones beligerantes³, consideradas como aquellas manifestaciones informales que rompen con los conductos regulares y pretenden expresar el descontento, promover la opinión y visibilizar, en un corto tiempo problemáticas del Colectivo. Como la ocurrida a partir de la negación a una estudiante a condiciones equiparables de educación, en la que el Colectivo plantea:

[...] dar a conocer las situaciones [...] por ejemplo el caso de [una estudiante con discapacidad física] y su intención

³ Las acciones no institucionalizadas de carácter beligerante en el contexto del Colectivo de Discapacidad son acciones que van desde hacer una rampa en un lugar de difícil acceso para personas en silla de ruedas, como acto fáctico-simbólico, hasta realizar un plantón frente a las instalaciones de la administración municipal de Cali.

de hacer la maestría [...], la cual se vio limitada porque los profesores decían que la hiciera semipresencial ya que la facultad no tenía ascensor para realizar la clase en el quinto piso. (Participante de 27 años)

La tensión observada en el Colectivo con respecto a las formas de acción colectiva a desarrollar, encuentra una explicación en el siguiente planteamiento hecho por Sidney Tarrow, al examinar las formas de acción colectiva en los Estados democráticos de hoy descubrimos una aparente paradoja. Aunque la disrupción de la vida de los oponentes parece ser la forma más poderosa de acción colectiva, y la violencia la más fácil de iniciar, la mayoría de las formas de protesta que vemos hoy en día son convencionales. Es decir, se trata de rutinas pacíficas y ordenadas que no rompen ley alguna ni violan ningún espacio (10).

La tensión entre las acciones institucionalizadas y las acciones beligerantes, genera polarización en el Colectivo, puesto que no logra consolidar el consenso a partir de los argumentos, sino que redundante en el disenso, lo que determina no cooptar los intereses y posibilidades de los miembros y en tales casos marginarse de la actividad, aunque integrantes participen de la misma.

También el Colectivo expresa la idea de unirse a grupos como indígenas, negros... y que convoca, y que están dispuestos a trabajar con estos. Sin embargo, al momento de realizar acciones de incidencia política los actores que convocan son solo PSD, lo que expresa una limitante en la proyección organizativa.

[...] hemos estado dispuestos a fortalecer, a ver esto es un trabajo conjunto no es un asunto exclusivo de las personas con discapacidad, esto es un asunto de la exclusión, aquí tienen que ver los negros, los indios, la población marginada llamémosla así, la situación de los gays que tiene que ver con la sexualidad, los

discriminados por el SIDA por ejemplo, y los defensores de los derechos de los animales, todo esto está entrelazado y nosotros hemos intentado trabajar con los Colectivos que hay al interior de la universidad pero cuando los convocamos no aparecen ninguno sólo [...]. (Participante de 27 años)

La perspectiva de los derechos

Se encuentra, para el caso del Colectivo, que los derechos de las personas con discapacidad no tienen que ver tanto con el disfrute de derechos específicos como con garantizarles el disfrute efectivo y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos. Lo que puede ser entendido como el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación, se ponen a disposición de manera accesible a esta población.

Es desde el planteamiento de Nussbaum que se hace lectura a la perspectiva de los derechos humanos, entendidos como el producto de conquistas alcanzadas históricamente inherentes a la dignidad humana y necesaria para el libre desarrollo de la personalidad (11).

En las acciones realizadas por el Colectivo de Discapacidad se encuentra un denominador común, es decir, siempre hay una vinculación constante con los derechos. Los miembros del Colectivo reconocen la existencia del marco legal en lo que a discapacidad refiere. Sin embargo, la operativización de la ley no se evidencia en la práctica, por lo tanto, es necesario argumentar y validar las acciones desde un enfoque de derechos.

Si bien existen reconocimientos legales, que plantean la libertad de las PSD a escoger y decidir por los servicios de su preferencia, de acuerdo con el Colectivo no existe una regular garantía de acceso a bienes y servicios. En este sentido, Alain Touraine dice que la libertad no queda

garantizada por el hecho de que cada uno pueda elegir libremente lo que el mercado le ofrece, pues este no garantiza la igualdad de oportunidades y posibilidades para todos, ni la orientación de los recursos hacia la satisfacción de las necesidades más urgentes, tampoco la lucha contra la exclusión (12).

Se identifica la existencia de exclusión y marginación constante reflejada en la inexistencia de una política dirigida a esta población, como por ejemplo: el déficit educativo representado en el bajo acceso de estudiantes en situación de discapacidad a la universidad. Esto como efecto de condiciones estructurales, también, como materiales.

Dichas condiciones permean la vida social en barreras expuestas cotidianamente.

[...] se estaba reivindicando [...] el derecho de toda una población universitaria, que ni siquiera se tenía cuantificada; tampoco se había adecuado a las PSD servicios tan elementales como los baños públicos accesibles, rampas de acceso, senderos peatonales, etc. (Participante de 26 años)

En este caso la existencia de una infraestructura tradicional, con pocas transformaciones y deficientes accesos que limitan, incomodan e impiden el acceso real a espacios de encuentro propios de la dinámica estudiantil. Por ejemplo, en el acceso al comedor universitario:

[...] una persona en silla de ruedas tenía que subir por el ascensor interno que es el de la cocina y salía así como bulto de papas a la cocina y luego al comedor [...]. (Participante de 45 años)

Ahora bien, la exclusión reflejada en las anteriores referencias da cuenta del asalto a la dignidad, esta como valor explícito en la libertad se materializa en las capacidades de los individuos, por lo tanto (la)

capacidad es un reflejo de la libertad para lograr desempeños valiosos. Se concentra directamente en la libertad como tal y no en los medios para adquirirla e identificar las reales alternativas que tenemos. En ese sentido puede ser leída como un reflejo de la libertad sustantiva. En la medida en que los desempeños son constitutivos del bienestar, las capacidades representan la libertad de una persona para lograr el bienestar (13).

De aquí se desprende el interés por desarrollar acciones, inherentes a la dignidad humana y necesaria para el libre desarrollo de la personalidad, que rompan con la marginación y generen mayores posibilidades de accesibilidad y aceptabilidad de la Educación Superior, es decir que propendan por el reconocimiento de la población en situación de discapacidad.

Dicho así, la mirada debe volcarse no al “tener”, acumulación de riqueza, sino al “ser” “conocer”, a las capacidades de los individuos que desde la libre determinación de las oportunidades decidan su bienestar, en este sentido el desarrollo debe entenderse como un conjunto de oportunidades (capacidades) y no solamente como un proceso de acumulación de bienes, servicios o riqueza (14).

Las formas de incidencia política desde el Colectivo de Discapacidad

Ahora bien, la incidencia se entiende como una diversa gama de expresiones de intervención a otros actores, que como consulta, solicitud de apoyo, concienciación, interlocución o demanda, pueden surgir de acciones espontáneas según situaciones coyunturales que competen al Colectivo y que se enmarcan en el establecimiento de alianzas y redes.

La concepción de la incidencia política, si bien, es amplia, los actores, que intervienen en ella, coinciden en el desarrollo de acciones dirigidas a influir a quienes ostentan el poder y tienen en sus manos la posibilidad de transformar el Estado de derecho en la universidad.

El análisis a las acciones de incidencia política, también conocida como movilización social, gestión o Abogacía (del término anglosajón *Advocacy*), permite establecer que es reconocida como un proceso deliberado y sistemático que contempla la realización de un conjunto de acciones políticas de la ciudadanía organizada, dirigidas a influir en aquellos que toman las decisiones sobre políticas mediante la elaboración y presentación de propuestas que brinden soluciones efectivas a los problemas en el ámbito público, que beneficien a amplios sectores de la población o a sectores más específicos involucrados en el proceso (15).

La incidencia política se hace posible desde intereses organizativos que emergen de las condiciones subjetivas de los actores participantes. En dicho sentido, la organización se vincula a la acción colectiva, es decir, a la proyección de acciones sobre las garantías superiores. De acuerdo con Alain Touraine, en todas las sociedades el sujeto se revela por la presencia de valores morales que se oponen al orden social, el discurso moral del movimiento societal habla de libertad, de proyecto de vida, de respeto por los derechos fundamentales, factores que no pueden reducirse a ganancias materiales o políticas (16).

Conscientes de que el trabajo del Colectivo debe ir más allá de reivindicaciones coyunturales, hoy nos planteamos el trabajar en tres ámbitos como: gestionar ante la Dirección Universitaria las condiciones de accesibilidad como salones y subsidios para la movilidad de los compañeros y compañeras con discapacidad en el campus universitario. También, abrir un espacio de discusión académica en la vía de construir pensamiento crítico alrededor de esta cuestión; esto es, o puede ser, debatir o poner en cuestión los diferentes modos de pensamiento que han circundado la construcción del otro deficiente. Sí, eso, y colocar en la agenda universitaria la necesidad de una política institucional en discapacidad. (Participante de 38 años)

Desde esta perspectiva el Colectivo apunta por el establecimiento de acciones afirmativas, pues se considera que la igualdad de condiciones debe darse desde acciones afirmativas que reconozcan la desventaja de esta población con respecto a los otros (sujetos sociales con prebendas para el ingreso en cupos a la universidad pública), por ejemplo, en el marco de la educación, donde se plantea que se otorgue en condiciones preferentes el 2% de los cupos para PSD en el ingreso a la Universidad del Valle.

DISCUSIÓN

La presente investigación pretendía contribuir a la comprensión de las dinámicas organizativas para la incidencia política de las personas en situación de discapacidad, desde la perspectiva de los derechos a partir del caso del Colectivo de Discapacidad de la Universidad del Valle. Al realizar revisiones sobre otros estudios relacionados con el abordaje en relación a las personas con discapacidad, se encuentra que la prioridad se concentra en el individuo con discapacidad y en el global de la población discapacitados, sin mucha observancia de la organización, particularmente en lo que refiere al diseño de políticas y programas, y asignar eficientemente los recursos.

Se ha podido ver el creciente interés. En particular, a las respuestas sociales hacia las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, que debe ser entendida desde la reciente ratificación por el Estado colombiano de la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad (17), como la suma de la capacidad de derecho o goce y la capacidad de obrar (18).

Los temas sugeridos a la investigación son el impacto de los factores ambientales (políticas, entorno físico, actitudes); la calidad de vida y el bienestar de las personas con discapacidad; los obstáculos a los servicios generales y específicos, y qué formas de superarlos han dado buenos

resultados en diferentes contextos; los programas sobre accesibilidad y diseño universal adecuados para entornos de bajos ingresos; las interacciones entre factores ambientales, condiciones de salud y discapacidad, y entre discapacidad y pobreza; el costo de la discapacidad y la eficacia del gasto público en programas sobre discapacidad (19).

En este contexto los hallazgos de este ejercicio no pueden ser generalizables, en tanto estudio de caso, pero sí contribuye como estudio exploratorio a la organización de PSD en el desarrollo de iniciativas de incidencia política en la perspectiva de los derechos.

El primer escenario de análisis que arrojó indicaciones de su importancia y capacidad estratégica es la organización, pues la posibilidad de organizarse se manifiesta en el momento en que se presentan necesidades o aspiraciones que no han sido satisfechas. En Colombia la organización ha sido en parte resultado de la ausencia del Estado en la resolución de los problemas de la comunidad, especialmente en materia de necesidades básicas y en parte la expresión de la conciencia ciudadana sobre la importancia de unir esfuerzos para conseguir metas de trascendencia (20).

Es aquí donde la participación como dimensión analítica de la presente investigación permite reconocer el papel de la autodeterminación. Es decir, el reconocimiento de las capacidades de los sujetos (PSD) como actores protagónicos de sus procesos reivindicativos, estrechamente ligado, desde la concepción de los actores a la rehabilitación, como el proceso en el que a través de la adopción de una serie de medidas, se tiende a lograr que las PSD estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con los medios necesarios para modificar su propia vida y ser más independientes (21).

Sin embargo, los actores hacen hincapié en que las PSD se encuentran en un escenario de desigualdad,

por tanto, su desarrollo se dará en la medida en que las oportunidades les permitan tomar sus propias decisiones. En esta perspectiva, el desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que pueden encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervención de los Estados represivos (22).

Las diversas voces puestas en juego en esta pesquisa asumen en común el discurso de los derechos como representación del sentido de igualdad, el cual se configura en la no discriminación, que puede ser de manera actitudinal o contextual, es decir la postura de reconocimiento de los sujetos sin discapacidad hacia aquellas PSD, y en el segundo término, a las situaciones del contexto en las que se desempeñan cotidianamente las PSD.

En este sentido, los actores exponen que el contexto es proclive a la desigualdad en el desarrollo, lo que propone al sujeto de esta investigación la acción colectiva, como instrumento que emerge con dos matices: uno que plantea que la acción colectiva de diversos movimientos sociales está asociada a las luchas por la ciudadanía, por las garantías civiles y democráticas, por el logro de las formas de participación que se traduzcan en nuevas reglas y nuevos derechos; y otro que expone que las acciones colectivas y públicas de diversos actores sociales, más que perturbar el orden público, tienen la intención explícita de expresar en el escenario público demandas concretas de grupos de población que, ante la privación relativa, sienten que sus necesidades y anhelos requieren atención de los poderes que pueden satisfacerlos (23).

En consonancia con el Colectivo de Discapacidad, se expresa en la incidencia política una forma de acción colectiva dirigida hacia el logro de acciones afirmativas, sobre la base de que la incidencia política se estructura a partir de las exigencias basadas en la garantía de los derechos, son la expresión que cobija una pequeña porción

de las organizaciones en el caso colombiano. En este sentido, las acciones colectivas y públicas de diversos actores sociales, emplean diferentes combinaciones de violencia, disrupción⁴ y convención para hacer que los costes de sus oponentes aumenten, movilizar apoyos, expresar sus reivindicaciones y desarrollar relaciones estratégicas con aliados. En diferentes modos, desafían a sus oponentes, crean incertidumbre y potencian la solidaridad (10). En esta perspectiva las acciones colectivas responden a la organización, la estructura y las responsabilidades del sistema de salud-educación y lo que ha sido la implementación de dichas acciones de acuerdo con los contextos políticos (24).

Finalmente, la solidaridad es posible desde un andamiaje complejo pero flexible de relaciones personales entre los voceros de la organización y actores con relación de poder en distintos escenarios. Es la voz de los actores externos al Colectivo que expone el reconocimiento de este, a partir de las redes como vía directa a la consolidación de escenarios de integración e inclusión.

La dinámica de redes permite proponer que la organización no es un ente único y que su entorno determina sus acciones, estas están dadas por la interacción social, es decir, el número de vínculos que establece la organización con otros actores y las alianzas para la acción.

CONCLUSIONES

Identificar la dinámica organizativa para la incidencia política de las personas en situación de discapacidad, desde la perspectiva de los derechos, ayuda a comprender no solo sus capacidades internas reconocidas en la organicidad, la capacidad propositiva, la capacidad de convocatoria, el

⁴ La disrupción amplía el conflicto, obstruye las actividades rutinarias de los oponentes, los observadores o las autoridades. Al bloquear el tráfico o interrumpir actividades públicas, los manifestantes incomodan a los ciudadanos, representan un peligro para la ley y llevan al Estado a un enfrentamiento.

discurso político, la tasa de filiación y las alianzas y redes, sino también una interpretación de las motivaciones que movilizan el desarrollo de acciones de incidencia política, las cuales permiten prefigurar el papel que la organización asume para los participantes de la misma.

La organización es entonces comprendida como escenario de reconocimiento de los sujetos y punto de partida para la acción, constituida por relaciones guiadas por intereses colectivos. Aunque la convocatoria a otros grupos es débil en el marco de la acción, es clara la articulación en redes.

También, la indagación por el discurso y la capacidad propositiva es importante en tanto contribuye a reconocer que la incidencia política se constituye como instrumento en condiciones desiguales, en condiciones donde la perspectiva de derecho es determinante para la construcción de escenarios reales de inclusión.

El papel del Colectivo de Discapacidad como una organización particular en tanto su génesis y las características de su contexto, permite razonar sobre la importancia de abrir nuevos escenarios de análisis y discusión, sobre la discapacidad y la política, en el contexto de lo público y particularmente en el escenario de la educación, que si bien no es distante al de la salud, pone de manifiesto el carácter emergente del papel protagónico de los estudiantes y profesionales con discapacidad.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece a las organizaciones e instituciones que permitieron o aportaron al desarrollo de esta investigación: el Colectivo de Personas con Discapacidad de la Universidad del Valle, el Sindicato de la Universidad del Valle y la Universidad del Valle, y el programa Reddis ejecutado por la Fundación Foro Nacional por Colombia Capítulo Valle del Cauca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Iberoamericana de Ombudsman. VII Informe Sobre Derechos Humanos Personas con Discapacidad. Madrid: Trama; 2010.
2. Alcaldía de Santiago de Cali. Base de Datos de las Organizaciones de Personas con Discapacidad. Santiago de Cali: Secretaría de Desarrollo Territorio y Bienestar Social; 2008.
3. Álvarez J, Jurgenson G. Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología. España: Paidós; 2003.
4. Nussbaum M. El cultivo de la humanidad: una defensa clásica de la reforma en la educación liberal. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2005.
5. Arugete G. Redes Sociales: Una propuesta Organizacional Alternativa: Componente Red de Instituciones. Santiago de Cali: Foro Nacional por Colombia; 2002.
6. González A. La organización para actuar juntos. Documentos Escuela de Participación y Gestión Social. Serie: Organizaciones Sociales. Bogotá: Foro Nacional por Colombia; 2005.
7. Gough I. El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global. 2007-2008. 100:177-202.
8. Mirza C. Movimientos sociales y sistemas políticos en América Latina: la construcción de nuevas democracias. Buenos Aires: CLACSO; 2006.
9. Velásquez F. ¿Qué ha pasado con la participación en Colombia? Bogotá: Corona; 2003.
10. Tarrow S. El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política. Madrid: Alianza; 2004.
11. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 2da ed. Madrid: Espasa; 2001.
12. Touraine A. Crítica de la modernidad. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1992.
13. Iguñiz J. Desarrollo, libertad y liberación en Amartya Sen y Gustavo Gutiérrez. Lima: CEP; 2003.
14. Montesinos L. Reseña de “La calidad de vida” de Martha C. Nussbaum y Amartya Sen. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana. 2001; 1(2):0.
15. Manual de Incidencia Política. Perú: Grupo Propuesta Ciudadana; 2006.
16. Touraine A. ¿Podremos vivir juntos? Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.; 2007.
17. Naciones Unidas. Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ginebra: Asamblea de Naciones Unidas; 2006.
18. Palacios A. El modelo social de la discapacidad: orígenes, características y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Madrid: Cinca; 2008.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
20. González E. Participación y Organización para la gestión local. Cali: Foro Nacional por Colombia; 1995.
21. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia. Sistema de Rehabilitación integral para la fuerza pública. Documentos CONPES. Bogotá DC: Vicepresidencia de la República; 2009.
22. Sen A. Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta; 2000.
23. Plataforma Colombia de Derechos Humanos y Desarrollo, ¿Continuidad o desembrujo? Colombia: Antropos; 2009.
24. Villa P, Ortiz Y, Angarita J. Acciones colectivas de salud pública: resultados y aprendizajes en el ámbito territorial de Cali, 2011. La experiencia del Municipio de Cali. Cali: Cámara Colombiana del Libro; 2011.

PERCEPCIONES QUE AFECTAN NEGATIVAMENTE EL USO DEL CONDÓN EN UNIVERSITARIOS DE LA COSTA CARIBE COLOMBIANA

Doriam Esperanza Camacho Rodríguez*
Yadira Pabón Varela**

Recibido en noviembre 19 de 2013, aceptado en marzo 28 de 2014

Citar este artículo así:

Camacho Rodríguez DE, Pabón Varela Y. Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe colombiana. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1):54-67.

Resumen

Objetivo: Identificar las percepciones que afectan negativamente el uso del condón en estudiantes universitarios de la Costa Caribe colombiana. **Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico realizado en 7 universidades de cada uno de los departamentos de la costa Caribe colombiana en el año 2013. Investigación descriptiva de corte transversal, con enfoque cuantitativo; la muestra estuvo constituida por 664 estudiantes universitarios de pregrado de las universidades participantes; para la recolección de la información se utilizaron dos cuestionarios de Ubillos (1995) que miden la frecuencia de uso del preservativo y las percepciones sobre su uso. **Resultados:** La edad media de la población fue de 21 años, en su mayoría solteros (92,2%) y del sexo femenino (66,1%), el 51,2% utilizaron preservativo en su primera relación sexual y solamente el 25% lo utilizan en todas sus relaciones sexuales. En el caso de los hombres, las percepciones más arraigadas y que afectan negativamente el uso del condón son: que rompen el romanticismo, cortan la relación al decir “hay que ponerlo”, y hay que pensar en tenerlos siempre. En el caso de las mujeres, las percepciones giran en torno a la preocupación de que se los encuentren en la casa y la vergüenza de comprarlos. Las percepciones que afectan el uso del condón predominan en los estudiantes universitarios de los departamentos de La Guajira, Córdoba y Magdalena. **Conclusiones:** Aunque se ha incrementado el uso del condón, este sigue presentando fuertes percepciones que afectan negativamente su uso en los universitarios de la Costa Caribe colombiana.

Palabras clave

Percepción, condones, planificación familiar, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Mg. en Gestión de la Calidad, Prevención y Medio Ambiente. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: dorian.camacho@campusucc.edu.co

** Enfermera. Mg. en Enfermería con Énfasis en Cuidado Cardiovascular. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo electrónico: yadypabon@hotmail.com

PERCEPTIONS THAT ADVERSELY AFFECT USE OF CONDOMS IN UNIVERSITY STUDENTS OF THE COLOMBIAN CARIBBEAN COAST

Abstract

Objective: To identify perceptions adversely affecting the use of condoms in university students from the Colombian Caribbean coast. **Materials and Methods:** A multicenter study conducted in 7 Universities of each of the Departments of the Colombian Caribbean coast in 2013. Cross-sectional descriptive study with a quantitative approach; the sample consisted of 664 undergraduate students of the participating universities; two Ubillos (1995) questionnaires to collect information that measure the frequency of condom use and perceptions of use were used. **Results:** The average age of the population was 21 years, mostly single (92.2%) and female (66.1%); 51.2% used a condom at first intercourse and only 25% use it in all sex. For men, the most deeply rooted perceptions that adversely affect the use of condoms are: breaking Romanticism, putting a stop to the relationship by saying “you have to put it” and always thinking of having them at hand. For women, perceptions revolve around concerns that someone at home finds them and feeling ashamed to buy them. Perceptions that affect condom use in college students dominated the Departments of La Guajira, Córdoba and Magdalena. **Conclusions:** Although condom use has increased, it still has strong perceptions that negatively affect its use by college students in the Colombian Caribbean Coast.

Key words

Perception, condoms, family planning, unwanted pregnancy, sexually transmitted diseases (*source: DeCS, BIREME*).

PERCEPÇÃO QUE AFETA NEGATIVAMENTE USO DA CAMISINHA EM UNIVERSITARIOS DA COSTA CARIBE COLOMBIANA

Resumo

Objetivo: Identificar as percepções que afetam negativamente o uso da camisinha em estudantes universitários da Costa Caribe colombiana. **Materiais e Métodos:** Estudo multicêntrico realizado em 7 universidades de cada um dos departamentos da Costa Caribe colombiana no ano 2013. Pesquisa descritiva de corte transversal, com enfoque quantitativo; a amostra esteve constituída por 664 estudantes de formatura das universidades participantes; para a colheita da informação se utilizaram dois questionários de Ubillos (1995) que medem a frequência de uso do preservativo e as percepções sobre seu uso. **Resultados:** A idade média da população foi de 21 anos, em sua maioria solteiros (92,2%) e do sexo feminino (66,1%), o 51,2% utilizaram preservativo em sua primeira relação sexual e somente o 25% o utilizaram em todas suas relações sexuais. No caso dos homens, as percepções mais arraigadas e que afetam negativamente o uso da camisinha são: que quebram o romanticismo termina a relação ao dizer “há que coloca - ó”, e há que pensar em ter- os sempre. No caso das mulheres, as percepções giram em torno à preocupação de que se os encontrem na casa e a vergonha de comprá-los. As percepções que afetam o uso da camisinha predominam nos estudantes universitários dos departamentos da Guajira, Córdoba e Magdalena. **Conclusões:** Mesmo se tem incrementado o uso da camisinha, este segue apresentando fortes percepções que afetam negativamente seu uso nos universitários da Costa Caribe Colombiana.

Palavras chave

Percepção, camisinha, planejamento familiar, gravidez não desejada, doenças de transmissão sexual (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La población universitaria está compuesta, en su mayor parte, por adolescentes y adultos jóvenes quienes constituyen un grupo especial de riesgo para el contagio de infecciones de transmisión sexual –ITS/VIH/SIDA–, debido a que atraviesan una etapa de experimentación sexual, exponiéndose a múltiples parejas sexuales y coito sin protección (1). Ello también favorece la existencia de embarazos no deseados, con sus serias consecuencias sociales de deserción escolar, abortos, madres solteras y prostitución (2). Esta problemática se vincula a su tendencia a practicar conductas sexuales riesgosas, entre las cuales destacan el comienzo precoz de su vida sexual, el poco reconocimiento de los riesgos, las relaciones sexuales imprevistas, su ocurrencia en lugares y situaciones inapropiadas, la experimentación continua de cambios de pareja, el poco conocimiento de su sexualidad, la escasa información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, el poco uso de los mismos y el desconocimiento de las infecciones de transmisión sexual –ITS– y su prevención (3).

Según ONUSIDA (2013), aunque a nivel mundial el número de nuevas infecciones por el VIH sigue cayendo, el reto es seguir haciendo esfuerzos eficaces de prevención para los adolescentes y los jóvenes (4). Aunque la mayoría de los países cuentan con políticas para la promoción de la educación sobre VIH y aptitudes para la vida incorporadas a los currículos académicos, el 70% de los países aún no cuentan con una estrategia para abordar a la juventud que no esté inserta en los circuitos formales de educación, o que no haya completado el ciclo de formación primaria (que en la región es 1 de cada 12 jóvenes). Al igual que en el acceso a información sobre VIH, las desigualdades de género son evidentes en el uso del condón. Mientras un aproximado del 70% de jóvenes hombres con múltiples parejas sexuales usaron condón en los últimos 12 meses, en el grupo de mujeres de 15 a 19 años fue del 43%, y del 30% de 20 a 24 años (5).

El preservativo masculino de látex es el método más eficaz para reducir el riesgo de embarazos no deseados (6), así como la transmisión sexual del VIH y otras ITS (7). Entre aquellas producidas por bacterias se cuentan la uretritis por Chlamydia, la gonorrea, el chancro y la sífilis. Entre las virales están además del SIDA la infección por el virus de la hepatitis B, aquellas ocasionadas por virus herpes y los condilomas o verrugas vulgares (8).

En Colombia, el condón es el método más conocido pero solamente el 7% de las mujeres lo usan, ya que la tasa de discontinuidad de uso del condón es una de las mayores por distintas razones, tales como que el 7,7% quedaron embarazadas mientras lo usaban, 10% deseaban quedar embarazadas, 25,5% tenían sexo poco frecuente, 21,7% deseaban cambiarse a un método más efectivo, 6% consideraban que era incómodo de usar, 1,8% porque era muy costoso, entre otras (9).

Los jóvenes están dentro de los grupos poblacionales que están en riesgo de un embarazo o adquirir una ITS por no usar habitualmente el condón: mujeres y hombres que viven en pareja estable, creyendo que ninguno de los dos tiene relaciones extraconyugales, y que no usan o no exigen condón para no crear sospechas de infidelidad o por demostrar confianza en el otro o la otra, jóvenes de ambos sexos que inician relaciones sexuales coitales y suponen que por ser la primera vez no hay riesgo de embarazo, o que también creen que una persona con buena apariencia es sana y no les contagiará una ITS; quienes no tienen dinero para comprar el preservativo y se arriesgan a relaciones sexuales sin usarlo, y aquellas personas que usan un método anticonceptivo –especialmente ligadura de trompas, vasectomía y píldora anticonceptiva– y piensan que por ello ya están libres de todo riesgo (10).

Entre los obstáculos para un uso eficaz y generalizado de los preservativos la OMS (2000) destaca el rechazo social, incluidas las creencias sociales y culturales y las normas que restringen

o estigmatizan el uso del preservativo, ya que algunas culturas consideran que la utilización del preservativo no es de “machos”, especialmente aquellas que creen que la eyaculación de semen en la vagina constituye una parte esencial del acto sexual; también está la falta de aptitudes de negociación, o del rechazo social a que sean las mujeres las que propagan dicho uso, las implicaciones de confianza acerca de la fidelidad en las parejas estables (por ejemplo, los usuarios pueden temer que la insistencia en el uso de condones se interprete como una desconfianza hacia la pareja); las dificultades para obtener preservativos como consecuencia de los precios elevados, la falta de intimidad en los puntos de distribución o venta y la reticencia personal a evitar preservativos porque los usuarios consideran que reducen la sensibilidad, son incómodos o interrumpen la espontaneidad del acto sexual (11). También se han reportado otras razones como que el condón no es placentero (12), al usarlo el hombre pierde la erección (13), falta de habilidades sociales para solicitarlo o negociarlo con la pareja (14), porque les da pena comprarlos o porque son costosos (15).

A pesar de las múltiples campañas emprendidas por el Ministerio de la Protección Social a través de los programas amigables de salud sexual y reproductiva, y del esfuerzo de las entidades de Educación Superior, a través de los Departamentos de Bienestar Universitario, aún no se ha logrado desmitificar algunas de las percepciones que influyen en el no uso del preservativo como mecanismo de prevención de embarazos no deseados e ITS. Esto afecta particularmente en la Costa Caribe donde el machismo dificulta la negociación del sexo seguro y la posibilidad de adoptar las medidas de prevención ordinarias para evitar las ITS y los embarazos no deseados, lo cual se evidencia en el hecho de que la mayoría de la población sabe que el condón evita el contagio del VIH/SIDA, pero solo un pequeño porcentaje lo utiliza (16).

Esta investigación busca analizar las percepciones que influyen en el no uso del preservativo por parte de los estudiantes universitarios de la Costa Caribe colombiana para poder orientar a los Servicios de salud universitarios, hacia la implementación de estrategias dirigidas al cambio de conductas y de esta forma incentivar el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales, y de igual forma incentivar el uso de la doble protección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico en 7 universidades de cada uno de los departamentos de la Costa Caribe colombiana, es decir, Magdalena, Atlántico, Bolívar, La Guajira, Sucre, Córdoba y Cesar. De las 7 universidades, hay 1 privada, 2 de economía solidaria y 4 públicas. La investigación es descriptiva de corte transversal, con enfoque cuantitativo. La población correspondió a 220.787 estudiantes universitarios matriculados en las universidades de la Costa Caribe colombiana, según los datos del Sistema Nacional de Información de la Educación Superior –SNISS– (2010) (17), y la muestra fue de 664 estudiantes de pregrado de las universidades participantes, con un nivel de confianza de 99% y un error muestral del 5%¹.

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario validado de Ubillos (1995); la primera parte contiene preguntas de múltiple respuesta que interrogan acerca de datos sociodemográficos, uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos, decisión de uso del preservativo y doble protección. Y la segunda parte utiliza una escala Likert, la cual mide actitudes o predisposiciones individuales y refleja una actitud positiva o negativa acerca de las percepciones que afectan el uso del condón.

Se aplicó un muestreo estratificado por universidad y por carreras, de acuerdo con el número de estudiantes, y se aplicó la encuesta en aulas de

¹ <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.html>

clase durante un tiempo aproximado de 20 minutos. Las encuestas fueron aplicadas durante el periodo de mayo a septiembre del año 2013. El análisis de datos incluyó medidas descriptivas, por lo cual se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 20.

RESULTADOS

Los estudiantes universitarios que participaron en la investigación tienen una media de edad de 21 años y una moda de 20. El 66,1% (N = 439) son mujeres y el 33,9% hombres (N = 225); de ellos el 92,2% son solteros, el 4,2% viven en unión libre y 3,6% están casados. Predominan los estudiantes del área de la salud (53,6%), seguidos por ingenierías (14,2%), ciencias administrativas (14,2%), licenciaturas (9,2%), derecho (5%) y tecnologías (3,8%), y el mayor porcentaje cursa cuarto semestre (17,8%).

El 88,4% de los hombres y el 72,2% de las mujeres ya han tenido relaciones sexuales. Entre quienes ya iniciaron vida sexual, el 51,2% utilizaron el condón en su primera relación sexual, 18,6% no

utilizaron ningún método, el 13,4% utilizaron el coito interrumpido, el 9,4% utilizaron la píldora anticonceptiva y el 7,3% utilizaron inyecciones anticonceptivas.

Sobre la frecuencia del uso del condón se encontró que el 25% lo utilizan siempre, el 25% muchas veces, 46% algunas veces y 4% nunca lo utilizan. Respecto del área de estudio, quienes más utilizan el condón son los estudiantes del área de ciencias de salud (55,8%), seguido por las licenciaturas (54,2%) e ingenierías (50,6%) y quienes menos lo utilizan son los estudiantes de derecho (30%). Al analizar el uso teniendo en cuenta el semestre académico no se encontró una diferencia significativa; sin embargo, quienes más lo usan son los estudiantes de cuarto semestre (63,2%) y quienes menos lo usan son los de décimo semestre (39,53%). La frecuencia de uso según la universidad en la que estudian, evidencia que el mayor porcentaje de quienes lo utilizan siempre corresponde a los estudiantes de los departamentos de Atlántico (50%) y Bolívar (25,7%) en tanto que quienes menos lo utilizan son los estudiantes de La Guajira (16,2%) (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de uso del condón por departamento

Universidad	Frecuencia de uso del condón								Total
	Siempre		Muchas veces		Algunas veces		Nunca		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Atlántico	29	50	16	27,6	9	15,5	4	6,9	58
Córdoba	13	14,8	27	30,7	46	52,3	2	2,3	88
Magdalena	22	25	18	20,5	40	45,5	8	9,1	88
La Guajira	16	21,6	14	18,9	32	43,2	12	16,2	74
Bolívar	18	25,7	19	27,1	27	38,6	6	8,6	70
Sucre	12	21,4	12	21,4	28	50	4	7,1	56
Cesar	19	23,2	23	28	33	40,2	7	8,5	82
Total	129	25	129	25	215	41,7	43	8,3	516*

* Estudiantes que ya tuvieron su primera relación sexual.

Fuente: Encuesta "Percepciones para el no uso del preservativo en estudiantes universitarios de la Costa Caribe", Colombia, septiembre 2012.

Al indagar sobre el uso de otros métodos anticonceptivos, se encontró que el 29% de los estudiantes no utilizan ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales y el 27% utilizan el coito interrumpido, lo cual es relevante teniendo en cuenta que el 8% de las mujeres y el 24% de los hombres han tenido relaciones sexuales con una pareja casual, así como el 1% de las mujeres y 8% de los hombres tienen relaciones sexuales con diferentes personas en forma simultánea.

Sobre el uso de doble protección en sus relaciones sexuales, es decir, el uso del condón y otro método anticonceptivo adicional, se encontró que el 57,8% nunca lo han utilizado, el 29,8% algunas veces, 6,8% muchas veces y solamente el 5,6% lo utilizan siempre. No se encontró significancia estadística entre la universidad y el uso de doble protección ($X^2 = 27,8$).

Según los hallazgos, la razón que lleva a los estudiantes universitarios a utilizar el condón es el evitar embarazos e ITS (68,8%), sin embargo, al indagar en forma separada, los hombres utilizan el

condón más por evitar ITS y las mujeres lo hacen más por evitar embarazos.

Sobre quién toma la decisión del uso del condón, los participantes de este estudio en su mayoría (61%) consideran que la decisión es de ambos, el 24% dicen que es propia y el 14,6% dicen que es de la pareja. Llama la atención que el 17,53% de las mujeres afirman que la decisión es de la pareja y el 33,8% de los hombres dicen que la decisión es suya, lo cual evidencia la no participación de la mujer en la toma de dicha decisión.

Al analizar las percepciones sobre el uso del condón, se tuvieron en cuenta las respuestas favorables hacia las percepciones evaluadas. Al respecto, las percepciones más arraigadas tanto en hombres como en mujeres son que “no siempre se tiene a mano” y “hay que depender de ellos / hay que pensar en tenerlos”. En el caso de las mujeres es “me da vergüenza comprarlos” y en el caso de los hombres “disminuye el placer”. Es relevante que la mitad de la población considera que “el hombre es menos macho si usa condón” y “el hombre costeño no usa condón” (Tabla 2).

Tabla 2. Percepciones que afectan el uso del condón y género de los estudiantes

Percepción	Femenino		Masculino	
	F	%	F	%
No siempre se tiene a mano	304	69,24	154	68,44
Es engorroso, incómodo, complicado de usar	222	50,53	115	51,29
Crea dudas en el otro acerca de tu estado de salud	230	52,28	113	50,04
Se rompe fácilmente	233	53,06	120	53,42
Rompe con el romanticismo de la situación	228	51,91	121	53,96
Se corta la relación al decir “hay que ponerlo”	244	55,49	129	57,24
Disminuye el placer	233	53,06	140	62,22
Me siento incómodo/culpable de andar con ellos	223	50,90	113	50,22
Es inseguro/ineficaz	225	51,36	114	50,67
Hay que depender de ellos, hay que pensar en tenerlos	293	66,80	154	68,36
Me da vergüenza comprarlo	271	61,75	116	51,56
Los hombres que los tienen dan la sensación de querer llegar a la relación sexual siempre	236	53,84	118	52,53
Me preocupa que los encuentren en mi casa	225	51,31	116	51,73
El hombre es menos "macho" si usa condón	270	61,61	138	61,33
El hombre costeño no usa condón	234	53,29	127	56,62

Fuente: Encuesta “Percepciones para el no uso del preservativo en estudiantes universitarios de la Costa Caribe”, Colombia, septiembre 2012.

Al analizar las percepciones negativas sobre el uso del condón en relación con la universidad en la cual estudian, se puede evidenciar que no existe diferencias marcadas; no obstante, porcentualmente se observa mayor arraigo a estas percepciones en los estudiantes del departamento de La Guajira (Tabla 3).

Tabla 3. Percepciones que afectan el uso del condón por departamento

Percepción	Porcentaje de estudiantes que están de acuerdo con la creencia							Total
	Atlántico	Córdoba	Magdalena	La Guajira	Bolívar	Sucre	Cesar	
No siempre se tiene a mano	61	69,4	67,9	74	63,7	70	71,5	68,2
Es engorroso, incómodo, complicado de usar	57,5	51,7	51,7	57,3	54,8	51,3	52,8	53,9
Crea dudas en el otro acerca de tu estado de salud	60	51,2	50,2	56,9	54,2	52,7	52,8	54,0
Se rompe fácilmente	51,7	52,9	52,9	54	51,4	57,1	51,7	53,1
Rompe con el romanticismo de la situación	54,4	55,8	54,8	56,7	51,4	52,9	50,2	53,7
Se corta la relación al decir “hay que ponerlo”	51,5	55,4	60,6	58,8	54,2	53,3	54,7	55,5
Disminuye el placer	51,7	56	58,1	57,7	52	58,5	59,8	56,1
Me siento incómodo/ culpable de andar con ellos	54,8	52,3	52,7	55,4	52	50,4	51,7	52,1
Es inseguro/ineficaz	50,6	51,3	50,6	55,2	50,3	50,6	50	50,6
Hay que depender de ellos, hay que pensar en tenerlos	71,9	65,8	67,3	68,3	60,4	65,4	68,1	66,6
Me da vergüenza comprarlo	59	55,2	51	62,3	63,9	58,3	57	58,0
Los hombres que los tienen dan la sensación de querer llegar a la relación sexual siempre	51	52,7	53,3	56,7	51	51,7	50	51,9
Me preocupa que los encuentren en mi casa	50,4	55	50,4	62,5	57,8	50,4	53	53,8
El hombre es menos “macho” si usa condón	64	64,4	60,4	50,6	68,2	59	59,8	62,0
El hombre costeño no usa condón	58	58,3	53,7	53,3	61,3	53,3	50,4	55,1
Total	56,5	56,5	55,7	58,6	56,4	55,7	55,6	56,3

Fuente: Encuesta “Percepciones para el no uso del preservativo en estudiantes universitarios de la Costa Caribe”, Colombia, septiembre 2012.

Al analizar las variables utilizando el Chi cuadrado de Pearson se encuentra que hay significancia estadística entre el género y el inicio de relaciones sexuales ($X^2 = 23,07$; $p = 0,0$), el uso de doble protección (preservativo y otro método anticonceptivo) ($X^2 = 12,84$; $p = 0,45$) y la decisión de uso del preservativo dentro de la pareja ($X^2 = 25,26$; $p = 0,0$).

DISCUSIÓN

El ejercicio de la sexualidad suele ser muy alto y en los jóvenes puede implicar un costo muy alto, cuando no se asume con responsabilidad, usualmente por el sentimiento de invulnerabilidad que rodea al adolescente y que lo lleva a tener prácticas sexuales riesgosas como la no adopción de un método anticonceptivo adecuado y el no uso del condón (18); de hecho, algunos autores han logrado identificar determinadas conductas sexuales de riesgo que practican los estudiantes universitarios, entre las cuales prevalece la edad de inicio de relaciones sexuales a temprana edad (19).

El uso del condón en la primera relación sexual entre adolescentes solteros muestra grandes diferencias entre los dos sexos. Mientras que uno de cada dos hombres sexualmente activos dijo haberlo usado en la primera relación sexual (50,9%), solo una de cada cinco mujeres reportó su uso (22,9%). Un alto porcentaje (18,7%) no utilizó ningún método, seguido por quienes utilizaron el coito interrumpido (13%), lo cual evidencia la no percepción del riesgo de embarazo o de una ITS durante la primer relación sexual (20). En este estudio se encontraron hallazgos similares, sin embargo, no se evidenció una diferencia marcada en el porcentaje de hombres (55,8%) y mujeres (48,3%) que utilizaron el condón en su primera relación sexual. Esto coincide con los hallazgos de una investigación realizada en Cuba donde el método anticonceptivo utilizado en el primer coito fue el condón, usado en el 71,4% de las ocasiones,

la “marcha atrás” en el 14,3% y ninguno en el 14,3%, por lo tanto, en el 28,6% hay riesgo de contagio de ETS (21).

De hecho, el que los jóvenes hayan utilizado el preservativo en su debut sexual, hace más factible que lo utilicen en relaciones esporádicas, que quienes no lo utilizaron (22); en un estudio realizado en población adolescente en Colombia, se encontró que las consecuencias asociadas a los embarazos no planeados y la infección por VIH, tiene que ver con la baja prevalencia de uso del preservativo en las primeras relaciones sexuales de los adolescentes (23). De otro lado, en una investigación cualitativa con adolescentes colombianos, se encontró que los adolescentes que han tenido relaciones sin condón, prefieren no usarlo, porque lo consideran incómodo y sin él la relación sexual es más placentera, además los jóvenes creen que a las mujeres no les gusta y la posibilidad de uso del condón es un asunto de inmediatez, lo cual va ligado con su actitud impetuosa y de querer vivir el momento como este se presente (23).

Se encontró que la frecuencia de uso del condón es alta, sin embargo, solamente el 25% de los estudiantes universitarios lo utilizan siempre. Estos hallazgos coinciden con los de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010), según los cuales la Región Caribe tiene el más bajo uso del condón a nivel nacional: Atlántico 4%, Bolívar 5,5%, Cesar 7%, Córdoba 4%, La Guajira 4%, Magdalena 6% y Sucre 8%, lo cual significa que un alto porcentaje de la población no toma ningún tipo de precaución contra las ITS y el VIH/SIDA (24). En un estudio realizado en Cuba se encontró que solo el 21,31 % de los adolescentes usaban siempre el condón, el 49,18% a veces, y el resto, el 29,51 %, no lo usaban nunca (21) Cabe anotar que la edad también tiene un peso significativo en el uso sistemático del preservativo en el pasado, siendo los jóvenes de menos de 21 años quienes informan, en mayor proporción que los de más edad, que lo usan siempre (25).

Al indagar sobre el uso de otros métodos anticonceptivos utilizados, diferentes al condón, los universitarios refieren no utilizar ninguno o utilizar el coito interrumpido y en menor cantidad los métodos hormonales (píldoras e inyecciones anticonceptivas). Esto coincide con las cifras de Profamilia que afirman que en Colombia los métodos más utilizados por el conjunto de todas las mujeres son: el condón en las mujeres jóvenes y la píldora anticonceptiva en las de mayor edad. En las mujeres solteras que tenían una vida sexual activa, el uso alguna vez llegó al 99%, entre ellas el condón llegó al 86% y prácticamente dobló el porcentaje de la píldora (48%), mientras que la inyección se situó en el tercer lugar muy cerca de la píldora (45%) (9). Respecto del uso de doble protección, es decir, condón y otro método anticonceptivo, se encontró que el 58% nunca los han utilizado concomitantemente, lo cual según Planes y cols. (2012) se constituye en un factor de riesgo para la adquisición de ITS (25). Según la ONU (2000) el condón es para las mujeres, sobre todo, un método anticonceptivo más, y si ellas utilizan otro método consideran innecesario el uso del preservativo, pues ya “se encuentran protegidas”, aunque no de ITS/VIH/SIDA (11).

La mayoría de los estudiantes universitarios encuestados utilizan el condón principalmente para evitar embarazos e ITS, sin embargo, en forma separada, las mujeres los utilizan más para evitar embarazos y los hombres para evitar ITS. En México se encontró que una cosa es estar motivado para usar condón porque se desea evitar un embarazo, y otra muy diferente porque se desea evitar una ITS. En el caso de los hombres, una constante motivacional en los dos comportamientos fue usar condón para evitar una ITS, sugiriendo con ello que presumiblemente hay de por medio una valoración especial que se hace respecto del cuidado y mantenimiento de la salud (26). Datos contrarios encontraron en un estudio en Xochimilco, donde solo la mitad de los encuestados dijeron estar totalmente de acuerdo en considerar al condón como un método efectivo

para prevenir el embarazo (57,2%), mientras que la mayoría de ellos refirieron estar totalmente de acuerdo con que es un método que ayuda a prevenir ITS (75%); por lo cual no hubo diferencia significativa al analizar la información por sexo, estado civil, ni módulo que estaban cursando los encuestados (27).

Se encontró que la decisión del uso del condón en las relaciones sexuales, en los estudiantes que participaron, es de ambos en la mayoría de las veces, sin embargo, un 33,8% de los hombres consideran que la decisión es propia, similar al estudio de Gayet y cols. (20), quienes encontraron que en general, ella no toma la iniciativa, aunque las mujeres consideran tener más participación al respecto (5,9% de los hombres vs 9,5% de las mujeres). También están de acuerdo en que en un alto porcentaje lo decide el hombre (57,2% de los hombres y 41,4% de las mujeres). Pero hay diferencias sobre si consideran que la decisión fue conjunta o lo decidió él. Las mujeres tienden a afirmar que la decisión es más compartida (49,1%), en tanto que los hombres solo creen que fue compartida en 36,9%. Según ONUSIDA (2009) las mujeres a menudo carecen de poder para negociar el uso del preservativo y en muchos contextos sociales, los varones son reacios a utilizarlos, por lo cual, seguirán siendo sumamente vulnerables a la infección por el VIH a menos que no compartan con los varones la misma capacidad de decisión en sus relaciones interpersonales (28).

El estudio arrojó que las percepciones más arraigadas sobre los condones son que no siempre se tiene a mano y hay que depender de ellos, sin embargo, al analizar cada una de las percepciones, contrasta con el estudio de Ruiz (2006) quien encontró que la percepción de ventajas e inconvenientes del uso del preservativo en las relaciones sexuales también puede influir en la mayor o menor frecuencia de su utilización. Dentro de las dificultades que los jóvenes manifiestan para su uso, se encuentran diversos argumentos clásicos en la prevención del VIH-SIDA. Las ideas más

destacadas son: la pérdida de sensibilidad con la pareja (45,4%), corta el “rollo” (30,3%) y la posibilidad de rotura al usarlo (25,2%). Otras ideas que aparecen con menor frecuencia son: el elevado precio de los preservativos (18,5%), la dificultad para obtenerlos (13,4%) o la incomodidad de usarlos (13,4%). También son observados algunos argumentos como tener vergüenza a la hora de comprarlos (6,7%), la falta de confianza en su eficacia (5%), que ponérselos corta la relación (3,4%), dificultad o no saber cómo se coloca (2,5%), el pensar que se pone en duda la confianza de la pareja (0,8%) o el pensar que si los llevas encima pueden pensar que estás buscando “rollo” (0,8%) (29).

Un porcentaje importante de entrevistados manifestó que existe machismo y la percepción de que los hombres costeños no usan condón, tanto en hombres como en mujeres. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010), mientras el promedio nacional de mujeres que utilizan el condón en Colombia es de 7%, en el Caribe es de 5,6% (9). En un estudio realizado en Cartagena por Suárez y cols. (2008), se encontró que en las relaciones que se establecen como oficiales, la barrera marcada por el condón en las relaciones sexuales, y cuyo uso es promovido desde la salud pública como una forma de anticoncepción y protección ideal, se traduce, para los individuos, en una barrera para el placer y para la construcción de la confianza en la relación de pareja. El condón es representado y significado como un artefacto que media el contacto entre los dos individuos, y que traduce de manera metafórica la presencia de un tercer individuo en la relación y, por lo tanto, sugiere infidelidad. El contacto con el otro sin intermediarios es equivalente a una relación de pareja confiable y leal. El condón es un objeto que rompe con el orden natural de la sexualidad, la cual evoca de manera ideal el contacto de los cuerpos, narrado por la población como la necesidad de tener relaciones “piel con piel” o “carne con carne”: “no, hombre, esa vaina de caucho con carne no paga, a mí me gusta es carne

con carne... tirar con condón es como comer paleta con papel...” (30). En un estudio realizado en Quito con población adolescente y joven, se halló que se están dando cambios en las percepciones sobre la masculinidad: si, por un lado, algunos entrevistados no ven bien que una mujer lleve consigo preservativos –a diferencia de ellos–, por otro lado –lo que parecería contradictorio–, la totalidad de esos jóvenes acepta que sea ella quien sugiera su uso pues no consideran amenazada su virilidad; por el contrario, tal iniciativa es vista como una *muestra de cariño y parte “natural” de su sexualidad*, expresada a través de una buena disposición para no contribuir a la ocurrencia de embarazos no deseados (8).

También se observó una relación significativa entre las variables: percepción negativa del condón y creencias erróneas respecto a su uso. No hay relación entre las variables creencias erróneas respecto al uso del condón y conocimientos sobre conducta sexual segura, y alguna variable referente al uso del condón en el grupo de hombres sexualmente activos. Al respecto, es de anotar que el ejercicio de la sexualidad en jóvenes hombres y mujeres está asociado con las diferencias individuales e interpersonales vinculadas a las diferencias de género, las cuales se ejercen en el rol sexual que como hombre o mujer les toca vivir. Son las mujeres quienes, por su rol de género, están más expuestas a un comportamiento sexual de riesgo, específicamente respecto del rechazo al uso del condón. Son ellas quienes se ven desfavorecidas; es en ellas en donde la desigualdad respecto al hombre se hace evidente; son los varones los que se ven favorecidos por esta inequidad discursiva (31).

Como se puede observar en los resultados de este estudio, la actitud hacia el uso del condón es en general favorable. Esta actitud es ligeramente más a favor en el caso de su uso con pareja informal. La percepción del uso como bueno y necesario son las más altas, mientras que lo deseable y fácil de su uso, se perciben como las menos atractivas (6).

CONCLUSIONES

Los estudiantes universitarios de la costa Caribe colombiana no utilizan con frecuencia el condón y quienes más lo usan son los estudiantes de ciencias de la salud y licenciaturas. Los departamentos donde más lo utilizan son Córdoba y Cesar, y donde menos lo utilizan es en el departamento de La Guajira. El poco uso del condón en este grupo revela que un alto porcentaje está expuesto a un embarazo no deseado o al contagio de una ITS.

Existen percepciones que afectan el uso del condón, sobre todo en los departamentos de La Guajira, Córdoba y Magdalena, donde los hombres consideran que el condón rompe con el romanticismo, cortan la relación al decir “hay que ponerlo” y hay que pensar en tenerlos siempre, y donde las mujeres les preocupa que los encuentren en su casa y les da vergüenza comprarlos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda, a las instituciones de Educación Superior, la implementación de campañas que

promuevan la desmitificación en torno al uso del condón y la práctica de sexo seguro y sin riesgo, en especial en aquellas personas expuestas o con comportamiento riesgoso. De igual forma, realizar campañas más agresivas en programas académicos de las áreas de ciencias administrativas y derecho, por ser las que presentan mayores riesgos, posiblemente por desconocimiento de las ventajas del condón y las consecuencias de su no uso.

AGRADECIMIENTOS

Al Comité para el Desarrollo de la Investigación –CONADI– de la Universidad Cooperativa de Colombia, por el apoyo económico para la ejecución de esta investigación. A los programas de Enfermería de las universidades del Norte, Cartagena, Popular del Cesar, Sucre y Cooperativa de Colombia de Santa Marta, a la Unidad de Salud de la Universidad de La Guajira y el Programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Montería, por su apoyo para la recolección de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ubillos S. Departamento de Juventud y deportes de la Diputación Floral de Gipuzcoa. Informe: Campaña de educación sanitaria-sexual. Intervención y evaluación; 1995.
2. Cates W. The epidemiology and control of sexually transmitted diseases in adolescents. *Adolesc Med.* 1990; 1(3):409-28.
3. Della M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicología y Salud.* 2005; 15(1):45-56.
4. UNAIDS. AIDS by the numbers [Internet]. 2013 [citado 7 Abril 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf
5. UNESCO. Education for All Monitoring Report [Internet]. [citado 7 Abril 2014]. Disponible en <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-the-international-agenda/efareport/reports/>
6. ONUSIDA. Los preservativos y la prevención del VIH: Declaración de ONUSIDA, UNFPA y OMS [Internet]. 2009 [citado 7 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/march/20090319preventionposition/>
7. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. 2007. [citado 15 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9089.PDF>
8. Urbina R, Ríos V, Castañeda E, Robles G, Gasca A. Condón masculino: nivel de conocimientos y creencias acerca de su uso. Prevenir infecciones de transmisión sexual en alumnos de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2005; 8(2):81-97.
9. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-6.pdf>
10. Romero M, Piedrahita CM, Ochoa M, Vargas CE. Condón: uso y creencias en la población del centro de Medellín. *Revista Salud Pública de Medellín [Internet].* 2008; 3(1):37-46. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%203%20N%C2%B0%201/3.%20Cond%C3%B3n%20uso%20y%20creencias.pdf>
11. ONUSIDA. El preservativo masculino. Colección prácticas ópticas del ONUSIDA [Internet]. 2000 [citado 17 Feb 2012]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc302-tu18-malecondom_es.pdf
12. González T, Rosado A. Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional [Internet]. *Revista Cubana Enfermería.* 2000; 16(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192000000100007&script=sci_arttext
13. Flores F, Leyva R. Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México.* 2003; 45(Supl5):624-631.
14. Lam A, Mak A, Lindsay P, Russell S. What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education and Prevention.* 2004; 16(2):160-171.
15. Toledo H, Navas J, Navas L, Pérez N. Los adolescentes y el SIDA [Internet]. *Revista Cubana de Medicina Tropical.* 2002; 54(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602002000200012&script=sci_arttext

16. Morales J. El machismo en la Costa Caribe de Colombia [Internet]. 2012 [citado 12 Feb 2012]. Disponible en: <http://luzmasonica.blogspot.com/2009/06/el-machismo-en-la-costa-caribe-de.html>
17. Ministerio de Educación. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. Informes Departamentales de Educación Superior [sede Web]. 2011 [citado 27 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/w3-article-212352.html>
18. Pick S. Planeando tu vida. México: Editorial planeta; 1998.
19. Uribe A, Orcasita L. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Internet]. 2009 [citado 12 Feb 2014]; 27. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/99>
20. Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Pública Méx [Internet]. 2003 [citado 20 Oct 2011]; 45(5):632-640. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000475>
21. García R, Cortés A, Vila L, Hernández M, Mesquia A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 [citado 20 Oct 2011]; 22(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.htm
22. Pérez D, Fonseca J, Sánchez J. Placer y decisión: reflexiones sobre las causas por las cuales los jóvenes universitarios no utilizan el condón a pesar de estar informados. Revista Digital Universitaria [Internet]. 2011 [citado 12 Feb 2014]; 12(6). Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.12/num6/art62/art62.pdf>
23. Ministerio de la Protección Social. Encuesta nacional de demografía y salud. Capítulo 6: Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos [Internet]. 2010 [citado 17 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-6.pdf>
24. Planes M, Prat XF, Gómez AB, Gras ME, Font S. Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. Anales de Psicología [Internet]. 2012 [citado 14 Feb 2014]; 28(1):161-170. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/140632>
25. Vinaccia S, Quiceno J, Gaviria A, Soto A, Gil M, Ballester R. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes colombianos. Terapia Psicológica. 2007; 25:39-50.
26. Piña J, Lozano D, Vázquez P, Carrillo I. Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). Anales de Psicología [Internet]. 2010 [citado 13 Oct 2011]; 26(1):18-26. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi13/12.pdf>
27. Ruiz E, Giménez C, Ballester R. Percepción de ventajas e inconvenientes sobre el uso del preservativo en estudiantes universitarios: diferencias en función del sexo [Internet]. 2006 [citado 22 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi13/12.pdf>
28. Suárez R, Niño N, Sepúlveda R, Vesga J. Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena. Antipod. Rev. Antropol. Arqueol. [Internet]. 2008 [citado 17 Nov 2012]; 6:313-330. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81400616>
29. Ramírez D, Gutiérrez S. Masculinidad y sexualidad: uso de preservativos en adolescentes y jóvenes del sur de Quito, Ecuador. Revista Latinoamericana de Población [Internet]. 2011 [citado 14 Nov 2012]; 5(9):101-121. Disponible en: http://www.alapop.org/2009/Revista/Articulos/RELAP_9_Art5_DavidServando.pdf
30. Uribe I, Amador G, Zacarías X, Villarreal L. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [Internet]. 2012 [citado 12 Nov 2012]; 10(1):481-494. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/620/342>

31. Castillo A, Mayorga L, Guzmán R, Escorza, F, Gutiérrez I, Hernández M, et al. Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. Revista científica electrónica de psicología ICSA-UAEH [Internet]. 2012 [citado 14 Nov 2012]; 1(13):28-55. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/186/175>

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA*

Elveny Laguado Jaimes**
Martha Patricia Gómez Díaz***

Recibido en noviembre 25 de 2013, aceptado en mayo 5 de 2014

Citar este artículo así:

Laguado Jaimes E, Gómez Díaz MP. Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1):68-83.

Resumen

Objetivo: Determinar los estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Bucaramanga, mediante el instrumento HLPPII de Nola Pender que cuenta con seis dimensiones: responsabilidad en salud, nutrición, actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales y espiritual en estudiantes de Enfermería. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal aplicando el cuestionario II (HPLP II) de Nola Pender a 154 estudiantes, con 52 ítems distribuidos en las seis dimensiones para valorar la frecuencia de realización del comportamiento. Previamente, se aplica un consentimiento informado. **Resultados:** El género predominante fue el femenino con un 85,7% (132), la edad promedio de 21+/-7 años, edad mínima de 16 y máxima de 38 años. Los comportamientos que alcanzan a la frecuencia rutinariamente considerada como saludable, se dan en la dimensión espiritual y en la dimensión de relaciones. **Conclusiones:** En la etapa universitaria diferentes factores interfieren para mantener una vida saludable. En los estudiantes de Enfermería del estudio, los hábitos saludables no son realizados de forma rutinaria, considerándose estos como no saludable según lo propuesto por Nola Pender. Los datos encontrados potencian las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden interferir para la disminución de discapacidad y mortalidad como consecuencia de estas patologías.

Palabras clave

Nutrición, actividad física, estilo de vida, relaciones interpersonales, conducta de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Artículo de investigación resultado del proyecto aprobado en la Convocatoria 2011 de Comité Nacional de Investigación: "Caracterización de los estilos de vida saludable en los estudiantes de Enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia.

** Enfermera. Mg. en Enfermería. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: elveny.laguado@campusucc.edu.co

*** Enfermera. Esp. en Gestión Humana. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: martha.gomezd@ucc.edu.co

HEALTHY LIFESTYLES OF NURSING STUDENTS AT UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Abstract

Objective: To determine healthy lifestyles in nursing students from the Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga Headquarters using the Nola Pender's HLPPII instrument which included six dimensions: responsibility in health, nutrition, physical activity, and stress management, interpersonal and spiritual relationships in nursing students. **Materials and Methods:** Cross sectional study applying Nola Pender's questionnaire II (HPLP II) to 154 students, with 52 items divided into six dimensions in order to assess the frequency of behavior performance. Previously, an informed consent was applied. **Results:** Female gender was predominant with 85.7 % (132), mean age 21+/-7 years, minimum age was 16 and maximum age was 38 years. Behaviors that reach the frequency considered routinely healthy are given in the spiritual dimension and the relationships dimension. **Conclusions:** Different factors interfere in maintaining a healthy life in the university stage. In the nursing students in this study, healthy habits are not performed in a routinely way, considering these as not healthy as proposed by Nola Pender. The data found potentiate risk behaviors for chronic non contagious diseases, which can interfere for reducing disability and mortality as a consequence of these diseases.

Key words

Nutrition, physical activity, lifestyle, interpersonal relationships, health behavior (*source: DeCS, BIREME*).

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NA UNIVERSIDADE COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resumo

Objetivo: Determinar os estilos de vida saudável em estudantes de Enfermagem da Universidade Cooperativa de Colômbia - Sede Bucaramanga, mediante o instrumento HLPPII de Nola Pender que conta com seis dimensões: responsabilidade em saúde, nutrição, atividade física, manejo do stress, relações interpessoais e espiritual em estudantes de Enfermagem. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo transversal aplicando o questionário II (HPLP II) de Nola Pender a 154 estudantes, com 52 itens distribuídos nas seis dimensões para valorar a frequência de realização do comportamento. Previamente, se aplica um consentimento informado. **Resultados:** O gênero predominante foi o feminino com um 85,7% (132), a media de idade 21+/-7 anos, idade mínima de 16 e máxima de 38 anos. Os comportamentos que alçaram à frequência rotineiramente considerada como saudável, dão se na dimensão espiritual e na dimensão de relações. **Conclusões:** Na etapa universitária diferentes fatores interferem para manter uma vida saudável. Nos estudantes de Enfermagem do estudo, os hábitos saudáveis não são realizados de forma rotineira, considerando se estes como não saudáveis segundo o proposto por Nola Pender. Os dados encontrados potenciam as condutas de risco para doenças crônicas não transmissíveis, que podem interferir para a diminuição de deficiência e mortalidade como consequência destas patologias.

Palavras chave

Nutrição, atividade física, estilo de vida, relações interpessoais, conduta de saúde (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida de las personas pueden conducir a comportamientos considerados no saludables y, por ende, se convierten en factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles; en 2005 aproximadamente 35 millones de personas del mundo fallecieron; siendo actualmente la principal causa de morbi-mortalidad de nuestro país (1). Llevar un estilo de vida saludable, se relaciona con la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles. Una etapa, que se considera puede llevar a que las personas tomen diferentes decisiones y entre estas la adquisición de buenos hábitos, es la vida universitaria. Diversos autores han destacado que el acceso a la universidad supone un cambio importante en el individuo, que puede influir en su estilo de vida lo que convierte a este grupo poblacional en vulnerable desde el punto de vista nutricional (2).

Los estilos de vida se ven modificados por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico a los que se deben enfrentar durante su proceso de formación. Lo anterior, puede ocasionar diferentes problemas que se reflejan en el estado de salud y que a su vez puede repercutir en su rendimiento académico (3).

En este proyecto se establecerá desde cada una de las dimensiones, los comportamientos que presentan mayor frecuencia, los cuales determinan un estilo de vida saludable. En el caso de los estudiantes universitarios, un grupo social que tiende a cambiar su estilo de vida debido a factores relacionados con largas jornadas de clases, escasez de tiempo, dinero, las tradiciones, creencias y los valores, medios de comunicación y publicidad, el ideal de delgadez, alimentos, estados de ánimo y estrés, entre otros (4). De esta problemática es importante reconocer los cambios negativos generados por los factores anteriores y la manera como afectan la salud de la población universitaria.

En este sentido, es importante señalar que diferentes estudios realizados en Colombia describen estilos

de vida poco saludables, como en el que se refleja en los estudiantes de la Salud en la sede Villavicencio de la Universidad Cooperativa de Colombia (5), el cual establece que puede pensarse que cuando la formación es mayor, mejores serán los hábitos saludables, los conocimientos deben transformarse en actitudes positivas que incentiven un compromiso para un plan de acción y se genere una conducta promotora de salud. Así como la teorista Nola Pender (6) lo plantea en su Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Por lo que el presente estudio tiene por objetivo caracterizar los estilos de vida saludable en los estudiantes de Enfermería, según el cuestionario Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) de Nola Pender, aplicado durante el segundo semestre de 2012 en la Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Bucaramanga.

Nola Pender, autora del MPS, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (7).

La promoción de la salud como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, para la propuesta y realización de investigaciones en salud, también ha servido como fuente de estudios como el de Nola Pender, quien propone el MPS (8).

En el planteamiento de Nola Pender menciona características y experiencias individuales de las personas abarcando el concepto de conducta previa relacionada, hace referencia a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. Los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos

de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Otros conceptos centrales del modelo se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende seis conceptos: el primero, corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud. El segundo, se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real. El tercer concepto es la autoeficacia percibida, constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta. El quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos. Finalmente, el último concepto indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, que constituye el precedente para

el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud. En este compromiso pueden influir, además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (9).

Nola Pender elabora un instrumento junto con Walker y Sechrist en 1987, teniendo como base una escala psicométrica formulada por las mismas autoras: promoción de la salud - estilo de vida - comportamiento de salud - estrategia de comunicación, quienes validaron su versión castellana en 1990 (10). El HPLP (Health Promoting Life Profile) es un instrumento publicado en español cuya varianza fue de 45,9% y fiabilidad entre 0,7 y 0,9. La Escala validada en el contexto latinoamericano con un alfa de Cronbach de 0,93 y su validez reportada por análisis factorial de componentes principales, ha sido utilizada en mujeres caleñas en el estudio de Triviño et al. en 2007 (11).

El instrumento HPLP II de la teorista Nola Pender, está conformado por 52 ítems distribuidos en seis dimensiones: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales, manejo del estrés. Los ítems se valoran mediante una escala de Likert que va de 1 a 4 donde 1 (N = nunca), 2 (A = algunas veces), 3 (M = frecuentemente), 4 (R = rutinariamente). La sumatoria de los ítems de las respuestas para obtener una valoración de cada dimensión, al consolidarla se obtiene el resultado de los estilos de vida saludable.

Las dimensiones son conceptualizadas desde el estudio en el que se realiza la validez del instrumento y se definen a continuación: (6)

Responsabilidad en salud. Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional (6).

Actividad física. Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de un programa planificado y controlado por el bien de la aptitud y la salud o incidentalmente como parte de la vida diaria o las actividades de ocio (6).

Nutrición. Esta dimensión implica la selección, conocimiento y consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable consistente con directrices de la Guía Pirámide de Alimentos (6).

Crecimiento espiritual. Centrado en el desarrollo de los recursos internos, que se logra a través de trascender, conexión y desarrollo. Trascendiendo nos pone en contacto nuestro seres equilibrados, nos da la paz interior y nos abre a la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar a ser algo más allá de quién y qué somos. Conexión es la sensación de armonía, plenitud, y la conexión con el universo. El desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido, la búsqueda de un sentido de propósito, y trabajar hacia las metas de la vida (6).

Relaciones interpersonales. De acuerdo al concepto propuesto para el proceso de validez del instrumento, implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía significativa, en lugar de más casuales con los demás. La comunicación consiste en el intercambio de ideas y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales (6).

Manejo del estrés. Implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión (6).

Basados en lo anterior, la investigación sobre la caracterización de estilos de vida en estudiantes universitarios de la Facultad de Enfermería, se encuentra fundamentada en la teorista Nola Pender y su MPS, mediante el instrumento de indagación de estilos de vida saludable con seis dimensiones que se consideran relevantes para orientar las estrategias adecuadas a los estudiantes y contribuir a una mejor calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo orientado a caracterizar los estilos de vida de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Bucaramanga, basados en las dimensiones establecidas en el cuestionario HPLP II de Nola Pender, en una muestra de 154 estudiantes seleccionados mediante muestreo probabilístico sistemático; con una confiabilidad del 95%, un error alfa de 0,05 y con una proporción esperada del 85%. Previamente a la aplicación del instrumento el participante revisa y firma el consentimiento informado, siendo un requisito necesario para tomar la información.

En relación al Instrumento, está conformado al inicio por datos de identificación, género, edad e índice de masa corporal mediante el peso y talla y los 52 ítems del cuestionario HPLP II de Nola Pender (10), distribuidos en seis dimensiones: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. Los ítems de cada una de las dimensiones se valoran mediante una escala Likert que va de 1 a 4 donde 1 (N = Nunca), 2 (A = Algunas veces), 3 (M = Frecuentemente), 4 (R = Rutinariamente). El instrumento tiene el coeficiente de fiabilidad alfa para la escala total de 0,93 y test-retest fiabilidad fue 0,86; los coeficientes alfa de

Cronbach de las subescalas oscilaron desde 0,70 hasta 0,87. Para la interpretación de esta dimensión, se realiza la sumatoria de las respuestas de los ítems; determinando la frecuencia con la que el encuestado realiza el comportamiento indagado en cada ítem. De acuerdo a la autora del cuestionario, se considera que el total de 208 puntos corresponde a estilo de vida saludable, siendo poco o no saludable para valores inferiores a este rango.

El análisis de los datos se realiza mediante el software SPSS versión 20 (Licencia de la Universidad Cooperativa de Colombia), realizando análisis de confiabilidad, frecuencias, media y desviación estándar.

RESULTADOS

De los 630 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia se encuestaron 154 estudiantes participantes en el estudio. El género predominante fue el femenino

con un 85,7% (132), edad promedio 21+/-7 años, con una edad mínima de 16 y máxima de 38 años de edad. En cuanto al índice de masa corporal, de acuerdo con la clasificación, categoría delgado 6 estudiantes (3,9%), normal 92 estudiantes (59,7%), 42 estudiantes (27,3%) para sobrepeso y con obesidad mórbida (7,8%) 12 estudiantes; datos importantes para programas de mejoramiento.

Los resultados se presentan según las dimensiones revisadas, acordes a la frecuencia manifestada del comportamiento indagado, en la escala de Likert de 1 a 4, correspondiente a Nunca (N = 0% de las veces), Algunas veces (A = 50% de las veces), Frecuentemente (F = 90% de las veces) y Rutinariamente (R = 100% de las veces), al final se presenta el comportamiento entre las dimensiones en relación a la edad y género, dimensión con el comportamiento saludable, acorde a la puntuación del instrumento. Al final se consolidan los datos relacionados con el puntaje teórico de las dimensiones y la frecuencia reportada como predominante.

Tabla 1. Descriptivo de las dimensiones de la escala Health Promotion Lifestyle Profile II de Pender

DIMENSIONES	N	Valor teórico	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	Porcentaje de estudiantes con predominio de frecuencia
Responsabilidad en salud	154	36	11	34	22,74	4,58	38,5% (algunas veces)
Actividad física	154	32	8	30	15,94	4,86	43,5% (algunas veces)
Nutrición	154	36	11	32	21,13	3,91	44,2% (algunas veces)
Crecimiento espiritual	154	36	18	36	29,09	3,94	43,3% (frecuentemente)
Relaciones interpersonales	154	36	17	36	26,81	3,98	46,8% (frecuentemente)
Manejo del estrés	154	28	10	30	17,88	3,64	42,6% (algunas veces)

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 1, los datos de la dimensión Responsabilidad en salud muestran un comportamiento predominante en la frecuencia de algunas veces para el ítem 51: Busco orientación o consejo cuando es necesario con 53,9% estudiantes. Y del total de ítems, la frecuencia de algunas veces es el predominante con un porcentaje de 38,5% estudiantes.

De igual forma, en la dimensión Actividad física el predominio de algunas veces para el ítem 22, corresponde a: Tomo parte en actividades físicas de recreación tales como: nadar, bailar, andar, con 56,5% de estudiantes. Y respecto al total de la dimensión esperada, la frecuencia predominante corresponde a algunas veces con un 43,5% de estudiantes.

Para la dimensión Nutrición, en la tabla predomina la frecuencia de algunas veces en el ítem que corresponde a: Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días, con 58,4% de los participantes del estudio realizado. Y en el total de los ítems de la dimensión, predomina la frecuencia de comportamiento de algunas veces en el 44,2% de los participantes.

En la dimensión Espiritual predomina el comportamiento rutinariamente del ítem 12 con 64,9% de estudiantes, que corresponde a: Creo que mi vida tiene un propósito. En el total de ítems de la dimensión corresponde a frecuentemente con un 43,3% de personas.

Para la dimensión Relaciones interpersonales predomina en el ítem 13: Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras, con un 47,4% de estudiantes correspondiente a frecuentemente. En esta dimensión el total de ítems muestra que frecuentemente es en su mayoría, con un 46,8% de estudiantes que realizan los comportamientos indagados.

En la dimensión Manejo del estrés el ítem 11 predomina con la frecuencia de algunas veces relacionado con: Tomo algún tiempo para relajarme todos los días, para un total de 51,9% de personas. Siendo el total de los ítems de la dimensión, el comportamiento de algunas veces con un 42,6% en la población evaluada.

Tabla 2. Correlación de las dimensiones

DIMENSIONES	Responsabilidad en salud	Actividad física	Nutrición	Crecimiento espiritual	Relaciones interpersonales	Manejo del estrés
Responsabilidad en salud		,417**	,533**	,417**	,434**	,498**
Actividad física	,417**		,497**	,271**	,13	,507**
Nutrición	,533**	,497**		,360**	,339**	,530**
Crecimiento espiritual	,417**	,271**	,360**		,687**	,455**
Relaciones interpersonales	,434**	,13	,339**	,687**		,346**
Manejo del estrés	,498**	,507**	,530**	,455**	,346**	

** Correlación significativa 0,01 level (2-tailed).

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2, las dimensiones se correlacionan según el coeficiente r de Pearson en forma significativa al nivel de 0,01 en la mayoría de dimensiones, a excepción de la Actividad física y las Relaciones interpersonales que no presentan significancia estadística.

Tabla 3. Correlación dimensiones, edad y género

		Responsabilidad en salud	Actividad física	Nutrición	Crecimiento espiritual	Relaciones interpersonales	Manejo del estrés
Género	Pearson Correlación	,039	,323**	,057	-,019	-,119	,115
	Sig. (2-tailed)	,627	,000	,482	,816	,143	,154
	N	154	154	154	154	153	154
Edad	Pearson Correlación	,108	-,020	-,011	-,208**	-,072	-,132
	Sig. (2-tailed)	,182	,801	,892	,010	,378	,103
	N	154	154	154	154	153	154

** Correlación significativa 0.01 level (2-tailed).

Fuente: Elaboración propia.

En referencia a la Tabla 3, respecto a las variables, Género muestra un coeficiente de Pearson con relación significativa con Actividad física, siendo no significativa para las otras dimensiones. Del mismo modo, en las dimensiones con respecto a la Edad, la significancia estadística se da en la dimensión Crecimiento espiritual, no siendo significativa para las demás dimensiones.

DISCUSIÓN

En el estudio realizado en la Universidad Cooperativa de Colombia del Programa de Enfermería, del total de estudiantes se reporta que 42 estudiantes (27,3%) están con sobrepeso y 7,8% con obesidad mórbida, con resultados similares a un estudio de Núñez y Carranza en 2012 (12), en el que 76 de los 126 estudiantes analizados (60%) tenían IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m (normal) y el 11% se encontraron en límites de 25 a 26,9 kg/m², por lo que se deduce que tienen sobrepeso. De igual

forma en el estudio de evaluación nutricional en estudiantes de Enfermería de Iglesias y Escudero (13). Mediante las medidas antropométricas y un cuestionario, los resultados fueron los siguientes: 80% de las participantes presentan un IMC dentro de los valores normales (21,3 kg/m²) mientras que el 11,1% presentaban bajo peso, el 8,9% sobrepeso y ninguna presentaba obesidad.

En la dimensión Responsabilidad en salud reporta comportamientos no saludables como predominantes, siendo una dimensión importante que las conductas fueran practicadas rutinariamente, puesto que son estudiantes de Enfermería en la que entre sus funciones está la promoción de la salud. Lo anterior requiere ser revisado desde el Programa, puesto que según lo establece el estudio de Triviño (14) tienen los conocimientos pero no son autoeficaces para desarrollar la conducta de responsabilidad en salud o no presentan alta expectativa de interés en lograrla.

En relación a la dimensión Actividad física, no se considera saludable según lo esperado en cuanto a la frecuencia, la cual debería ser rutinariamente; comparando los datos con un estudio (15), que reporta que los estudiantes practican uno o varios deportes (41,2%), 91,2% más de media hora al día, y de estos solo el 30,5% lo realizaba al menos 5 días a la semana. De igual manera, en el estudio de Paraguay (16), los estudiantes de la comunidad de Ixtlahuaca reportan que rara vez practican ejercicio, algunos 2 veces a la semana y en los casos de los que toman la asignatura de Educación Física, se ven obligados a practicar de 2 a 3 veces por semana.

Dentro de la dimensión Nutrición se presentaron unas conductas más prevalentes, las cuales son: el ítem 2 (Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y en colesterol) y el ítem 20 (Como de 2-4 porciones de frutas todos los días) categorizadas en la frecuencia de Algunas veces con 58,4% (90 encuestados) respectivamente; comparados con estudios muy similares en estudiantes universitarios del Campus Antumapu de la Universidad de Chile (17), que reportan que el consumo calórico total, la ingesta de carbohidratos y lípidos eran significativamente más altos en los estudiantes de sexo masculino que en los de sexo femenino, y ninguno de los estudiantes alcanzaba la recomendación diaria de fibra dietética. Esta condición se suma a la falta de práctica de actividad física de los estudiantes, quienes señalan hacer ejercicio preferentemente fuera de la universidad.

Del mismo modo, en el estudio de Iglesias et al. en Madrid (18) los resultados reportan que el consumo energético se distribuye en ambos sexos: 36% de lípidos, 17-18% de proteínas y 43-44% de hidratos de carbono; existe un aporte desequilibrado de macronutrientes y de grasas saturadas, así como de algunos micronutrientes. Asimismo, en México en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (12) donde el 59% (63 estudiantes) consumen alimentos sin tener en cuenta la dieta

baja en grasa tales como comidas rápidas y fritos, se considera un hábito nutricional inadecuado; debido a que el consumo en exceso de este grupo de alimentos es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de tipo metabólico y cardiaco; de igual manera, 39,3% (26 estudiantes) consumen entre comidas alimentos poco nutricionales como dulces, papas industrializadas, galletas; estas ingestas elevadas de azúcares (19) pueden derivar en complicaciones metabólicas como dislipidemias, gota, resistencia a la insulina y un aumento de las reservas de grasa en el organismo.

En relación a la selección de alimentos en la Universidad Javeriana (3), se encontró que 117 estudiantes tenían un consumo bajo de verduras con un 12%; esto es consecuente al aumento de alimentos poco nutricionales como dulces, papas industrializadas y comidas chatarra, evidenciando los malos hábitos que mantienen al ingerir alimentos que contienen grasas y colesterol.

Con respecto al consumo de queso y lácteos en el que el presente estudio reporta Algunas veces a diferencia del estudio (20) realizado en Buenos Aires (Argentina), en cuanto al consumo de desayuno en estudiantes universitarios, el 38% de los encuestados consumió lácteos y ninguno consumió cereales, ni frutas. Igualmente aquellos que realizaban un “desayuno de mejor calidad” el 99% incluyeron lácteos (leche, yogurt y en menor proporción quesos), en el caso de los estudiantes que realizaban un “desayuno de insuficiente calidad” el grupo excluyó en mayor porcentaje los lácteos, disminuyendo su consumo a un 38%. La incorporación de calcio es fundamental para el mantenimiento de la masa ósea, entre otras funciones. Adicionalmente, se ha demostrado la existencia de una relación entre el consumo de calcio y la disminución de la grasa corporal.

Con relación al ítem 38 (Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días), 42,2% (65) de los encuestados lo consumen frecuentemente;

al contrastar con el estudio de Sáenz et al. en Cartagena (Colombia) de 2011 (2), se reporta que el consumo de alimentos cárnicos en el almuerzo y cena es de 45,3% (471 estudiantes, frecuencia de siempre) y 34,8% (362 estudiantes, frecuencia de casi siempre); lo anterior, mantiene similitud entre sus respuestas frente a la alimentación de sus estudiantes con respecto a: carne, frijoles y huevos; en donde reportan la conducta como frecuentemente y siempre, dentro de su alimentación diaria.

En el estudio de Grimaldo en México de 2012, donde se identifica actividad física y nutrición (21) en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud, mediante la aplicación del Cuestionario de Estilo de Vida Saludable, en relación con la práctica deportiva en la muestra total se observa que el mayor porcentaje se ubicó en un nivel de estilo de vida saludable. Sin embargo, al considerar la suma de los porcentajes de las categorías “poco saludable” (por exceso o por defecto), “tendencia al riesgo” y “poco saludable”, se observa que los grupos que se encuentran en una mayor situación de riesgo son los de las mujeres, los que tienen menores ingresos económicos, los que tienen hasta 30 años y los profesionales no médicos.

En el estudio de Asia (22), con un cuestionario sobre hábitos alimenticios, bebidas y fumar, el consumo de comidas es irregular en un 63,3% de los estudiantes, la gran mayoría de ellos (88,6%) tienen desayuno por lo menos 3 veces por semana, el 55,7% comen dos comidas al día y el porcentaje de estudiantes que rara vez come verduras y frutas fueron respectivamente 32,2 y 36,1%, aquellos que los comen una o dos veces por semana fueron 32,2% y 40,3%, y para finalizar casi la mitad consumen alimentos fritos por lo menos 3 veces a la semana (46,8%).

Ante esta situación cabe resaltar que los hábitos nutricionales de los estudiantes son inadecuados y, por tanto, resulta un efecto negativo en la salud de la comunidad universitaria desde el

concepto de estilos de vida saludables de Nola Pender. Lo anterior, exige una mayor conciencia de las autoridades universitarias, dirigentes y responsables políticos para el control del riesgo y el fomento de hábitos de salud de sus estudiantes enmarcados en un programa de promoción y prevención, pertinentes en las universidades para evitar poner en peligro su salud presente y futura.

En la dimensión Crecimiento espiritual, los resultados anteriores que reportan comportamientos con la frecuencia de rutinariamente, comparados con el estudio de Triviño (14), que reporta que existe una conducta de crecimiento espiritual alto, puesto que los estudiantes sienten que su vida tiene un propósito, creen en un ser superior, sentirse en paz consigo mismo produce tranquilidad, se establece que el estudiante actual puede tener mayor autodeterminación y autorregulación como lo plantea el MPS.

Desde la dimensión Relaciones interpersonales, frente al estudio de estilos de vida de los universitarios en Cali (14), la calificación fue positiva, se evidencia que estos tienen pocos problemas para relacionarse, similar a los resultados reportados en este estudio donde los comportamientos son calificados como frecuentemente.

En la dimensión Manejo del estrés, estudios que se orientan a reportar los niveles de estrés, muestran que faltan recursos de afrontamiento. En México, Pulido et al. en 2011 (23) reportan niveles altos en los estudiantes de los primeros y últimos semestres, en las mujeres y entre quienes no viven con su familia de origen. En lo concerniente a la comparación por género, la tendencia muestra que las mujeres tienen niveles de estrés académico superiores a los de los hombres. Los resultados de prevalencia obtenidos en el estudio muestran que el estrés académico en la institución es más o menos constante en la mayor parte de los estudiantes. En el estudio de López y López de España en 2011, con respecto al estrés en los

alumnos durante la realización de las prácticas clínicas (24), se considera que las situaciones de estrés que viven con mayor intensidad se deben a la inseguridad que representa el manejo de las nuevas tecnologías, contacto con el sufrimiento ajeno, no saber controlar las relaciones con el paciente, implicaciones emocionales con el enfermo, en estudiantes de primero, segundo y tercero, más que a un rasgo de su personalidad.

Otro estudio de sucesos estresantes donde se relacionaron los asuntos escolares y económicos (25), establece la época de exámenes, seguido por problemas económicos propios o familiares. Otros acontecimientos como la falta de apoyo o traición de los amigos y la infidelidad propia o de otra persona, convirtiéndose en estresores. Se considera que la etapa universitaria es donde se afianzan lazos de amistad pero también donde se establece una pareja, que si bien no siempre culmina en la unión formal, sí se observa como una posibilidad de estabilidad y madurez, además, muchas de las decisiones tomadas en este periodo son cruciales para el resto de la vida y así son valoradas.

Los resultados descriptivos presentados en la Tabla 1 comparados con el estudio de Triviño (14), un estudio de Tol et al. (26) en Irán 2013 y Dong Wang et al. (27), posterior a la aplicación del instrumento HPLP II resultados muy similares, en la responsabilidad en salud con un puntaje media de 22,01. En el estudio de Triviño en Colombia por encima de este valor 29,3 y en el presente estudio 22,7, estando por debajo del estudio nacional referenciado.

En la dimensión Actividad física se reporta una media de 15,94, por debajo del estudio de Triviño, en el que la media fue de 24,1 y muy similar al estudio en Irán con una media de 17,58, considerando que los estudiantes no presentan una conducta promotora en salud hacia la actividad física; condición considerada como factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. En cuanto a la dimensión Nutrición la media del

estudio fue de 21,13, comparado con el estudio de Triviño (28,3) está por encima y el de Irán por debajo (19,3). De igual forma, estos resultados son considerados como conducta promotora no saludable, siendo factor de riesgo junto con la actividad física, que se debe intervenir para atenuar los efectos en la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Para la dimensión Crecimiento espiritual, el resultado de las medias está en 29,09 en el presente estudio, siendo un intermedio entre los estudios de Triviño (33,7) en el que se considera que los estudiantes están hacia una conducta en promedio alta para la espiritualidad. y el de Irán (22,01) por debajo del estudio actual; dado que estas dimensiones requieren de un proceso de formación permanente para el cual en la revisión de estudios no se evidencian programas de formación desde la estructura curricular en las Instituciones de Educación Superior, se requiere continuar trabajando en este aspecto. En Relaciones interpersonales, los resultados: 26,81 en el estudio actual, la media de 32,3 en el estudio de Triviño y en el de Irán 19,66; dada la importancia de las relaciones interpersonales desde el acto de cuidado que requiere fortalecer en la formación de los profesionales de Enfermería para su ejercicio en sus funciones asistenciales, administrativas, de docencia e investigación en la interacción con los sujetos de cuidado.

Finalmente, la dimensión Manejo del estrés reporta una media de 17,88, con respecto al estudio de Triviño (25,9) y el estudio de Irán (18,02), los datos se consideran como factor de riesgo, puesto que las acciones para el control del estrés no son practicadas con la frecuencia considerada como conducta promotora de salud.

En el estudio de China (27), se determinó que las puntuaciones medias de todas las dimensiones de los hábitos de vida saludables, a excepción del comportamiento del ejercicio, se encontraban en un nivel medio; las estudiantes en el comportamiento

de alimentación y la responsabilidad de la salud, mostraron más confianza que los estudiantes varones en la dimensión de apoyo social. Los estudiantes varones hacen ejercicio con mayor frecuencia y manejan su estrés que las mujeres estudiantes, siendo un comportamiento de riesgo para la salud de las alumnas. En la nutrición, las estudiantes se preocupan más por la elección de alimentos y son más responsables de su salud y las relaciones interpersonales. En la puntuación total del instrumento fue mejor entre los estudiantes de primer año que otros grupos, probablemente porque no hay mucha carga de trabajo y por ende el estrés es menor en la etapa de estudiantes de primer año, similar al estudio de etapa de estudiantes de primer año, similar al estudio de Reducindo et al. (28) en México en 2013, en el que se encuentra mayor porcentaje de estrés elevado en el quinto semestre con un 40% (38/95) y en el séptimo semestre con 31,25% (40/128); mientras que para estrés peligroso fue el tercer semestre con 19,44% (14/72) y el séptimo semestre con 17,19% (22/128); las mujeres tienen mayor prevalencia en estrés que los hombres. Se encontraron 17 factores asociados al hiperestrés, entre los que se encuentran: no hacer ejercicio, consumo de alcohol y sentirse cansado y sin energías, entre otros. En relación a las frecuencias manifestadas en el presente estudio, predomina Algunas veces como la frecuencia con la cual realizan los comportamientos en las dimensiones, correspondiendo al 50% de las veces en las que realizan los comportamientos; se considera como no saludable de acuerdo a la interpretación del instrumento de Nola Pender, quien establece que debe ser rutinariamente para denominarse estilo de vida saludable.

En los resultados que se presentan en todas las dimensiones, en el estudio “Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior” (14) el 50,1% de estudiantes obtuvieron conductas promotoras de salud superiores a la media. Las conductas fortalecidas en estudiantes por encima de la media fueron:

Crecimiento espiritual (61,7%), Relaciones interpersonales (53,4%), Responsabilidad en salud (50,5%); por debajo de la media: Actividad física (46,7%), Manejo del estrés (46%) y Nutrición (49,6%).

CONCLUSIONES

Durante la etapa universitaria numerosos factores interfieren en mantener una vida saludable, entre estos: abandono del domicilio familiar, interacción con personas de diferentes sitios de origen, cambio en los hábitos nutricionales, patrones de sueño y descanso, actividades académicas y las metodologías desarrolladas en los programas, contrario a los espacios académicos de la educación media. Lo anterior no es diferente en los estudiantes de Enfermería estudiados, puesto que inician un proceso de adaptación acorde a las necesidades y los hábitos saludables no son realizados de forma rutinaria, considerándose en la categoría no saludable según lo propuesto por Nola Pender.

En el estudio realizado en su mayoría los estudiantes dedican el tiempo para estudiar, dados los compromisos académicos que asumen, la edad está en el rango de adultos jóvenes, predomina el estado civil de solteros, con régimen contributivo y estrato socioeconómico tres. Según los resultados de los datos de identificación tomados en el estudio, estas características están acordes a la población que en general se encuentra formándose en la universidad.

Los estilos de vida saludables dados como patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud, desde las diferentes dimensiones del instrumento HPLP II de Nola Pender, predominan cercanas a la frecuencia rutinariamente considerada como saludable, la dimensión espiritual, siendo la conducta que corresponde a Creo que mi vida tiene un propósito,

seguida de Miro adelante hacia el futuro; en la dimensión de relaciones interpersonales: Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso, seguida de Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.

Según el estudio en los estudiantes de la Facultad de Enfermería, en general la frecuencia esperada de “rutinariamente”, en ninguna de las dimensiones es considerada saludable, sin embargo se resalta que con menos frecuencia se realizan comportamientos en la dimensión Actividad física, unido a las otras dimensiones, potencia las conductas de riesgo

para enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden interferir para la disminución de discapacidad y mortalidad como consecuencia de estas patologías.

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes que participaron en la aplicación del instrumento, y al Comité Nacional de Investigaciones de la Universidad Cooperativa de Colombia por el apoyo financiero en el desarrollo del proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Robledo R, Escobar Díaz F. Las enfermedades crónicas transmisibles en Colombia. *Revista Universidad Nacional* [Internet]. 2010 [citado 20-10-2013]; 3(4):1-9. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/bos/issue/view/1727>
2. Sáenz Duran S, González Martínez F, Díaz Cárdenas S. Hábitos y trastornos alimenticios asociados a factores socio-demográficos, físicos y conductuales en universitarios de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2011 [citado 22-10-2012]; 4(3):193-204. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300003&lng=es
3. Vargas Zárate M, Becerra Bulla F, Prieto Suárez E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia. *Rev. Salud Pública* [Internet]. 2010 [citado 22-11-2013]; 12(1):116-125. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000100011>
4. Troncoso C, Amaya J. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2009 [citado 22-11-2013]; 36(4):1090-1097. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400005&lng=es
5. García Balaguera C. Estilos de vida saludable en estudiantes de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Revista Memorias*. 2010 [citado 20-10-2013]; 8(4):31-38. Disponible en: <http://www.revistamemorias.com/articulos14/Estilos%20de%20vida.pdf>
6. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. 1996 [citado 10-02-2012]. Disponible en: http://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf
7. Aristizábal Hoyos G, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2011 [citado 20-01-2013]; 8(4):17-23. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
8. Giraldo Osorio A, Toro Rosero M, Macías Ladino A, Valencia Garcés CA, Palacio RS. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2010 [citado 20-12-2012]; 15(1):128-134. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_9.pdf
9. Matus Miranda R, Balseiro Almario L, Zárate Grajales R, García Cardona M, Balan Gleaves C. El caso de egresadas(os) de especialidades de posgrado en enfermería. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* [Internet]. 2011 [citado 20-12-2012]; 8(4):8-15. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32989/30229>
10. Walker S, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the health promoting lifestyle profile. *Revista Nursing*. 1990 [citado 20-12-2012]; 39(5):268-273. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2399130>
11. Triviño Z, Stieповich J, Merino J. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-postmenopáusicas de Cali, Colombia. *Colom Med* 2007;38(4):395-407.
12. Núñez Guzmán NA, Carranza Madrigal J. Conocimiento, Autopercepción y Situación personal de estudiantes de enfermería respecto al sobrepeso y la obesidad. *Medicina Interna México*. 2012 [citado 22-07-2013]; 28(1):1-5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim121b.pdf>
13. Iglesias MT, Escudero E. Evaluación nutricional en estudiantes de enfermería. *Nutrición Clínica Dietética y Hospitalaria*. 2010 [citado 22-07-2013]; 30(3):21-26. Disponible en: http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2010_03/Evaluacion_nutricional_estudiantes.pdf

14. Triviño Vargas ZG. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan*. 2012 [citado 22-08-2013]; 12(3):275-285. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948007>
15. Mollinedo Montaña FE, Trejo Ortiz PM, Araújo ER, Lugo BL. Índice de masa corporal, frecuencia y motivos de estudiantes universitarios para realizar actividad física. *Educ Med Super* [Internet]. 2013 [citado 20-08-2013]; 27(3):189-199. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300004&lng=es
16. Solórzano Peza M. Estilos de vida en adolescentes de nivel medio superior de una comunidad semiurbana. *Eureka*. 2013 [citado 22 Ago 2013]; 10(1):77-85. Disponible en: <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-10-1-13-77-85.pdf>
17. Espinosa OL, Rodríguez RF, Gálvez CJ, MacMillan KN. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*. 2011 [citado 22-08-2013]; 38(4):459-465. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v38n4/art09.pdf>
18. Iglesias MT, Mata G, Pérez A, Hernández S, García Chico R, Papadaki C. Estudio nutricional en un grupo de estudiantes universitarios madrileños. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. 2013 [citado 20-09-2013]; 33(1):23-30. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/ESTUDIO-NUTRICIONAL.pdf>
19. Morales González JA. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* [Internet]. Primera edición. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010. p. 23. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf
20. Karlen G, Masino M, Fortino M, Martinelli M. Consumo de desayuno en universitarios: Hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal. *DIAETA (Buenos Aires)*. 2011 [citado 20-10-2013]; 29(137):23-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v29n137/v29n137a03.pdf>
21. Grimaldo Muchotrigo M. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*. 2012 [citado 20-10-2013]; 22(1):75-87. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/22-1/Mirian%20Pilar%20Grimaldo%20Muchotrigo.pdf>
22. Al-Rethaiaa AS, Al-Schwaiyat NM, Alaa Eldin AF. Obesity and eating habits among college. *Nutrition Journal*. 2010 [citado 20-10-2013]; 9(39):2-10. doi: 10.1186/1475-2891-9-39.
23. Pulido Rull MA, Serrano Sánchez ML, Váldez Cano E, Chávez Méndez MT, Hidalgo Montiel P, Vera García F. Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 2011 [citado 20-10-2013]; 21(1):31-37. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Marco-Antonio-Pulido-Rull.pdf>
24. López F, López M. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2011 [citado 22-10-2013]; 17(2):47-54. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200006&lng=es
25. Guadarrama Guadarrama R, Veyta López M, Serrano García JM, Ruiz Tapia JA, Mendoza Mojica SA, Márquez Mendoza O. Acontecimientos estresantes, una cuestión de salud en universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2012 [citado 22-10-2013]; 15(4):15-32. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/34794>
26. Tol A, Tavassoli E, Reza Shariferad G, Davoud S. Estilos de Vida promotores de salud y calidad entre los estudiantes de pregrado de la Facultad de Salud. *Journal Promot Educ Salud* [Internet]. 2013 [citado 22-10-2013]; 2(11):2-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3778574/>

27. Wang D, Xing X-H, Wu X-B. Healthy Lifestyles of University Students in China and Influential Factors. *The Scientific World Journal*. 2013 [citado 20-12-2013]; 10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3727084/>
28. Reducindo MM, Genchi PC, Guerrero MÁC, Jaimes FG, Ramírez MG, Hernández RL. Factores estresantes asociados al hiperestrés en estudiantes universitarios de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero, México. *Summa Psicológica*. 2013 [citado 20-12-2013]; 9(1):15-21. Disponible en: <http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/download/71/pdf>

FACTORES DE SERVICIOS DE SALUD Y SATISFACCIÓN DE USUARIAS ASOCIADOS AL ACCESO AL CONTROL PRENATAL

*Paula Tatiana Rivera Mejía**
*Rocío Carvajal Barona***
*Julio César Mateus Solarte****
*Fernando Arango Gómez*****
*Jorge Alberto Valencia Bernal******

Recibido en diciembre 16 de 2013, aceptado en abril 16 de 2014

Citar este artículo así:

Rivera Mejía PT, Carvajal Barona R, Mateus Solarte JC, Arango Gómez F, Valencia Bernal JA. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1):84-98

Resumen

Objetivo: Describir los factores de los servicios de salud y satisfacción de usuarias que se asocian con el acceso al control prenatal (CP) en instituciones de salud de Manizales y Cali. **Materiales y métodos:** Estudio de casos y de controles con una muestra de gestantes que asistieron al CP en 7 instituciones. Se aplicó un cuestionario para la recolección de información a 823 gestantes. Otro cuestionario fue aplicado a 4 enfermeras encargadas de manejar los programas de CP. La variable dependiente fue el acceso al CP y las independientes: la presencia de barreras administrativas, económicas, geográficas y percepción del trato, orientación brindada y aspecto físico de los servicios de salud. Las variables que indagaron por las estrategias de búsqueda activa fueron: proporción de gestantes inscritas en el primer trimestre, utilización de folletos y carteles informativos para generar conciencia sobre la importancia del acceso oportuno al CP. **Resultados:** Factores como la etnia ($P = 0,01$), el tipo de afiliación al régimen de salud ($P = 0,001$), actividad de la madre en el último mes ($P = 0,04$), baja capacidad económica ($P = 0,038$), no estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ($P < 0,001$) y la tramitología ($P = 0,003$) presentaron diferencias significativas entre los grupos. En ambos grupos se encontraron valoraciones positivas del trato, orientación y aspecto físico en los servicios de salud. **Conclusiones:** Aspectos como la disminución del gasto de bolsillo, las incomodidades derivadas de la atención y de las instalaciones, además del buen trato, respeto, empatía con las gestantes deben ser parte de los planes de mejoramiento de la calidad de la atención del CP.

Palabras clave

Accesibilidad a los servicios de salud, atención prenatal, satisfacción del paciente, servicios de salud, embarazo (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Mg. en Salud Pública Fundación FES. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: paulat.rivera@upb.edu.co

** Enfermera. Mg. en Salud Pública. Fundación FES. Universidad Pontificia Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: rocaba70@hotmail.com

*** Médico. Mg en Epidemiología. Investigador Fundación FES. Universidad del Valle. Cali, Colombia. Correo electrónico: jcmateus@fundacionfes.org

**** Médico. Neonatólogo. Mg. en Epidemiología. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: fernando.arango64@gmail.com

***** Médico. Mg. en Calidad de los Servicios de Salud. Fundación FES. Manizales, Colombia. Correo electrónico: jorgevabe@hotmail.com

FACTORS OF HEALTH SERVICES AND USERS SATISFACTION ASSOCIATED TO ANTENATAL CARE ACCESS

Abstract

Objectives: Describe the Factors of health services and users' satisfaction associated to the access to antenatal care (AC) at health institutions in Manizales and Cali. **Materials and Methods:** Case-control case study with a sample of pregnant women attending the AC in seven centers. A questionnaire was applied to 823 pregnant women to collect information. Another questionnaire was applied to four nurses in charge of the AC programs. The dependent variable was the access to the AC and the independent variables were the presence of administrative, economic, and geographic barriers, and perception of care, guidance provided and the physical appearance of health services. The variables that queried about active search strategies were: the proportion of pregnant women registered in the first trimester, use of brochures or posters raise awareness of timely access to AC. **Results:** Factors such as ethnicity ($P = 0.01$), the type of health insurance ($P = 0.001$), activity of the mother in the last month ($P = 0.04$), low economic capacity ($P = 0.038$), not being Affiliated to any health system ($P < 0.001$) and paperwork ($P = 0.003$) had significant differences between the groups. Both groups had positive opinions about treatment, counseling and physical appearance of health services. **Conclusions:** Aspects such as the decreased spending, the inconvenience arising from the care and facilities, in addition to good treatment, respect, empathy with pregnant women should be part of plans for the improvement of the quality of care of the AC.

Key words

Health services accessibility, prenatal care, patient satisfaction, health services, pregnancy (source: Desc, BIREME).

FATORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SATISFAÇÃO DE USUÁRIAS ASSOCIADOS AO ACESSO AO CONTROLE PRÉ-NATAL

Resumo

Objetivo: Descrever os fatores dos serviços de saúde e satisfação de usuárias que se associam com o acesso ao controle pré-natal (CP) em instituições de saúde de Manizales e Cali. **Materiais e Métodos:** Estudo de casos e de controles com uma amostra de gestantes que assistiram ao CP em 7 instituições. Aplicou se um questionário para a relação de informação a 823 gestantes. Outro questionário foi aplicado a 4 enfermeiras encarregadas de manejar os programas de CP. A variedade dependente foi o acesso ao CP e as independentes: A presença de barreiras administrativas, econômicas, geográficas e percepção do trato, orientação brindada e aspeto físico dos serviços de saúde. As variáveis que indagaram pelas estratégias de busca ativa foram: proporção de gestantes inscritas no primeiro trimestre, utilização panfletos e cartaz informativos para gerar consciência sobre a importância do acesso oportuno ao CP. **Resultados:** Fatores como a etnia ($P = 0,01$), o tipo de afiliação ao regime de saúde ($P = 0,001$), atividade da mãe no último mês ($P = 0,04$), baixa capacidade econômica ($P = 0,038$), não estar afiliada ao Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS) ($P < 0,001$) e o excesso de tramites ($P = 0,003$) apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Os dois grupos encontraram se avaliações positivas do trato, orientação e aspecto físico nos serviços de saúde. **Conclusões:** Aspectos como a diminuição do gasto de bolso, o incomodam o derivado da atenção e das instalações, além do bom trato, respeito, empatia com as gestantes devem ser parte dos planos de melhoramento da qualidade da atenção do CP.

Palavras chave

Acessibilidade aos serviços de saúde, atenção pré-natal, satisfação de paciente, serviços de saúde, gravidez (fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Se ha descrito que el control prenatal (CP) reduce la morbi-mortalidad materna y perinatal a través de la detección y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo, asegurando su atención en instalaciones equipadas adecuadamente (1). Además determina que los partos sean seguros (2), las mujeres que no reciben atención prenatal y dan a luz en su domicilio tienen 19 veces más probabilidades de morir que aquellas que reciben atención prenatal y dan a luz en un establecimiento de salud (3). Asimismo, este programa tiene un impacto positivo en la utilización de los servicios después del parto (4).

Una función clave de estos programas es ofrecer información y servicios de salud que mejoren significativamente la salud de las mujeres y sus hijos (5). Sin embargo, en los países en desarrollo dichos programas de CP frecuentemente son mal implementados y las visitas a los servicios de salud pueden darse de manera irregular, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres (6).

Con la intención de mejorar la cobertura del CP Colombia fijó como meta nacional, acorde con el objetivo número cinco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: “incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales” (7). No obstante, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010, las mujeres que tuvieron nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta el 77% fue a la primera visita prenatal cuando tenía menos de cuatro meses de embarazo (8). Estas cifras continúan siendo un reto, pues el acceso tardío y la baja adherencia al CP pueden aumentar las tasas de mortalidad y morbilidad materno-perinatales, generar un mayor uso de los servicios de salud y elevar innecesariamente los costos de atención (9, 10).

El acceso al CP está influenciado por varias condiciones. Estudios recientes (11) han

identificado factores que afectan el uso de los servicios de atención en los países en proceso de crecimiento tales como: la educación de la madre (12), la educación de la pareja, el estado civil, la disponibilidad de servicios de salud (13) el costo de los servicios sanitarios (14), los ingresos del hogar, el empleo de las mujeres, tener antecedentes de complicaciones obstétricas, y las creencias culturales. En esta investigación se trabajó bajo el modelo de Aday y Andersen (15) el cual manifiesta que el acceso a los servicios de salud está influenciado por los objetivos de las políticas en salud, las características del sistema de salud, las características de la población en situación de riesgo, la utilización efectiva de servicios de salud y el grado de satisfacción que se logre de las necesidades del consumidor. En esta investigación se estudió la relación entre estos tres últimos factores citados arriba y el acceso de las gestantes al CP, con el fin de generar resultados que les sirvan de insumo a las instituciones de salud y a los tomadores de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio de casos y de controles.

Población

Gestantes que asistieron al CP en cuatro instituciones de salud en Manizales y tres en Cali, de primer y segundo nivel de complejidad que atienden población del régimen subsidiado, contributivo y no afiliado, entre agosto de 2010 y junio de 2011. Los criterios de inclusión fueron: gestantes mayores de 15 años, sin enfermedad mental conocida, que tuvieran su primer CP en una de las instituciones de salud participantes, haber sido clasificadas con riesgo obstétrico bajo o medio. Las gestantes que empezaron sus controles de manera tardía (después de la semana 12 de

gestación) se consideraron casos mientras que las que iniciaron los CP de manera temprana (antes o en la semana 12 de gestación) se consideraron controles. Para todas las mujeres, la semana de inicio será definida por ecografía. Con el fin de analizar los factores asociados al acceso al CP se tomaron del modelo de Aday y Andersen, la utilización efectiva de servicios de salud, el grado de satisfacción que se logre de las necesidades del consumidor y las características de la población en riesgo, los cuales tienen como elementos la predisposición, la capacidad y la necesidad, que

se interpretan como los factores individuales que influyen la utilización de servicios.

Tamaño de muestra

Se calculó con base en un 10% de prevalencia de exposición, confiabilidad del 95%, poder de 80% y 20% de no respuesta para un total de 432 casos por 391 controles. Los tamaños de muestra según relaciones caso: control y diferentes prevalencias de exposición en controles, se exponen a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Relaciones caso: control y diferentes prevalencias de exposición. Cali y Manizales 2011.

RELACIÓN CASO: CONTROL	PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN EN CONTROLES	CASOS	CONTROLES	TOTAL	CASOS MÁS 20% DE NO RESPUESTA	CONTROLES MÁS 20% DE NO RESPUESTA	TOTAL MÁS 20% DE NO RESPUESTA
1:1	5%	559	559	1118	671	671	1342
	10%	307	307	614	368	368	737
	15%	225	225	450	270	270	540
	20%	186	186	372	223	223	446
2:1	5%	866	433	1299	1039	520	1559
	10%	473	236	709	568	283	851
	15%	345	172	517	414	206	620
	20%	284	142	426	341	170	511

Fuente: Elaboración propia.

Técnicas de recolección

Se diseñó una entrevista estructurada basada en el modelo de acceso a los servicios de salud de Aday y Andersen (15). Este cuestionario fue validado por Arias y cols. En la ciudad de Popayán en 2001 (16). Este instrumento se sometió a entrevistas cognitivas para asegurar su comprensión y mejorar la validez de la medición, antes de iniciar la recolección de la muestra.

Una vez finalizado el primer CP, se abordó a la gestante para explicarle la investigación, obtener de ella el permiso de su participación a través de

la firma del consentimiento informado y proceder a realizar la entrevista. Con el fin de describir las estrategias de captación temprana por parte de las instituciones de salud participantes, se aplicó un instrumento siguiendo los lineamientos y directrices de Enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Análisis estadístico

Se realizó análisis exploratorio univariado para descripción de los datos. Para las variables

categorías se utilizó χ^2 y para las variables numéricas la prueba T de Student. Los datos se presentan en tablas de distribución de frecuencias. Se utilizó el software Excel y SPSS versión 11.5.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra. La edad promedio de las gestantes fue 23,3 años. El grupo comprendido entre los 20 y 29 años representó un alto porcentaje (53,2% casos y 43,7% controles) sin existir diferencias significativas entre los grupos ($P = 0,075$). En el grupo de casos hubo menor proporción de gestantes con nivel de educación universitaria (5,5%) comparado con en el grupo control (11%). Estas diferencias entre los grupos fueron significativas ($P = 0,022$).

El 17,8% de las gestantes del grupo control no estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, comparado con el 10% de los controles ($P < 0,001$). Hubo más gestantes pertenecientes a los grupos étnicos afro e indígenas en el grupo de casos (27,3%) comparados con los controles (15,6%; $P = 0,01$).

Los ingresos económicos de la gestante fueron en promedio de \$616.828 (+/- \$49,321). La actividad que principalmente desarrollaron las gestantes fue oficios del hogar. Con respecto al tiempo que tarda la gestante en llegar a la institución, el promedio fue de 19 minutos (+/- 10 minutos). No se encontraron diferencias significativas entre el

tiempo que tardaron las gestantes de los dos grupos ($P = 0,311$). La media de dinero que se gastan las usuarias para asistir al CP fue de \$8727 (+/- \$7184), con un rango de 0 a \$20.000. Este gasto de bolsillo no mostró diferencias significativas entre los grupos ($P = 0,3$).

Barreras de acceso

En la Tabla 3 se muestran las barreras de acceso a los servicios de salud, las que mostraron ser significativas fueron: no tener dinero ($P = 0,038$; $OR = 2,01$; $IC\ 95\% = 1,02-5,54$) ni carné de salud antes de inscribirse al control ($P < 0,001$; $OR = 3,85$; $IC\ 95\% = 2,67-5,54$), no creía importante asistir al CP antes de inscribirse ($P = 0,004$) y el tener que realizar muchos trámites administrativos ($P = 0,003$; casos = 7,4%). Estos resultados evidencian que fueron más las mujeres que accedieron de manera tardía comparadas con las que accedieron tempranamente que encontraron barreras para acceder al servicio de salud. Además, al calcular el riesgo de acceder tardíamente al CP de las gestantes que no tenían dinero en el momento de la inscripción fue dos veces mayor comparado con las que sí tenían dinero ($OR = 2,01$; $IC\ 95\% = 1,02-3,94$). El riesgo de las mujeres que no tenían afiliación al SGSSS fue de 3,85 veces ($IC\ 95\% = 2,67-5,54$) comparado con las que sí contaban con dicha afiliación. De otro lado, las gestantes que se ven obligadas a realizar muchos trámites antes de iniciar su control prenatal tienen 2,76 veces ($IC\ 95\% = 1,37-5,56$) más riesgo de ingresar tardíamente al CP, que las que no tuvieron este obstáculo.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes. Cali y Manizales. 2011.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CASOS		CONTROLES		P-VALOR
	N	%	N	%	
Edad materna					
15-19 Adolescente	138	31,9%	126	32,2%	0,075
20-29 Adulta temprana	230	53,20%	185	43,7%	
30-44 Adulta intermedia	64	14,8%	80	20,5%	
Etnia					
Blanca	147	34,0%	156	39,9%	0,01
Indígena	36	8,33%	22	5,6%	
Mestiza	161	37,3%	171	43,7%	
Negra	82	19%	39	10%	
Otra	6	1,4%	3	0,8%	
Escolaridad materna					
Ninguna	6	1,4%	2	0,5%	0,488
Primaria incompleta	28	6,5%	29	7,4%	
Primaria completa	44	10,2%	39	10,0%	
Secundaria incompleta	177	41,0%	154	39,4%	
Secundaria completa	137	31,7%	140	35,8%	
Universitaria	40	9,30%	27	6,9%	
Tipo de aseguramiento					
Contributivo	46	10,6%	70	17,9%	< 0,001
Subsidiado	309	71,5%	282	72,1%	
No asegurada	77	17,8%	39	10,0%	
Estado civil					
Casada	27	6,3%	45	11,5%	0,073
Unión libre	277	64,1%	241	61,6%	
Soltera	122	28,2%	100	25,6%	
Separada	6	1,4%	4	1%	
Actividad del último mes					
Trabajo	81	18,8%	80	20,5%	0,04
Oficios del hogar	300	69,4%	229	58,6%	
Estudios	37	8,6%	56	14,3%	
Trabajo y oficios del hogar	13	3,0%	23	5,9%	
Buscó trabajo	1	0,2%	3	0,8%	
Ingresos					
≤ 1 SMLV*	362	83,8%	301	77%	0,071
Entre 1 y 2 SMLV	54	12,5%	61	15,5%	
Entre 2 y 3 SMLV	6	1,40%	14	3,60%	
Entre 3 y 4 SMLV	6	1,40%	7	1,80%	
Más de 4 SMLV	4	0,90%	8	2%	

* SMLV: Salario mínimo legal vigente en Colombia en 2011.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Barreras de acceso al control prenatal. Cali y Manizales. 2011.

BARRERA	CASOS		CONTROLES		INTERVALO DE CONFIANZA (95%)			
	N	%	N	%	P-VALOR	ODDS RATIO	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
Afiliación al sistema de salud previo ingreso al programa de CP								
Sí tenía afiliación	34	88	283	65,5	0,00	3,85	2,67	5,54
No tenía afiliación	149	34,5	47	12				
El servicio de salud estaba lejos del lugar de residencia								
No	427	98,8	389	99,5	0,52	2,27	0,43	11,80
Sí	5	1,2	2	2,5				
Para inscribirse al CP tuvo que realizar muchos trámites								
No	400	92,6	380	97,2	0,00	2,76	1,37	5,56
Sí	32	7,4	11	2,8				
Le gustaba la atención brindada en el servicio de salud								
No	428	99,1	389	99,5	0,76	1,81	0,33	9,97
Sí	4	0,9	2	0,5				
Falta de dinero para asistir al CP								
No	404	93,5	378	96,7	0,038	2,01	1,02	3,94
Sí	28	6,5	13	3,3				
Falta de carné de salud								
No	283	65,5	344	88,0	< 0,001	3,85	2,67	5,54
Sí	149	34,5	47	12,0				
Creer que no es importante asistir al CP								
No	423	97,9	391	100	0,004	0,52	0,48	0,55
Sí	9	2,1	0	0				
Posibilidad de dejar las ocupaciones para asistir al CP								
No	424	98,1	385	98,5	0,725	1,21	0,41	3,52
Sí	8	1,9	6	1,5				

Fuente: Elaboración propia.

Satisfacción

El grado de satisfacción de la gestante con los servicios de salud se muestra en la Tabla 4, aquí se pone de manifiesto que el trato respetuoso y amable en la portería, la recepción y el consultorio

presentaron diferencias estadísticamente significativas ($P = 0,00$). Se encontró también como variable que la orientación sencilla en el consultorio fue significativa ($P = 0,025$). Referente al aspecto físico de las instalaciones donde se realizaban los CP, el hecho de que la recepción estuviera aseada mostró diferencias significativas

entre los grupos ($P = 0,009$).

Tabla 4. Trato, orientación y aspecto físico percibido por las gestantes. Cali y Manizales. 2011.

Aspectos relacionados con la satisfacción	CASOS		CONTROLES		P- VALOR
	N	%	N	%	
Trato en la portería					
Amable	345	79,9%	305	78,0%	0,514
Respetuoso	99	22,9%	141	36,1%	0,000
Percepción del trato en la recepción					
Amable	346	80,1%	323	82,6%	0,000
Respetuoso	130	48,3%	139	32,2%	0,743
Trato en la caja					
Amable	358	82,9%	320	81,8%	0,699
Respetuoso	113	28,9%	113	26,2%	0,379
Trato en el consultorio					
Amable	347	88,7%	357	82,6%	0,013
Respetuoso	146	37,3%	162	37,5%	0,001
Orientación en la portería					
Clara	333	77,1%	309	79%	0,501
Sencilla	25	5,8%	14	3,6%	0,137
Completa	39	9%	38	9,7%	0,734
Orientación en la recepción					
Clara	363	84%	336	85,9%	0,445
Sencilla	20	4,6%	13	3,3%	0,341
Completa	25	5,8%	28	7,2%	0,478
Orientación en la caja					
Clara	354	81,9%	324	82,9%	0,729
Sencilla	23	5,3%	15	3,8%	0,310
Completa	64	14,8%	61	15,6%	0,754
Orientación en el consultorio					
Clara	368	85,2%	347	85,2%	0,131
Sencilla	23	5,3%	9	2,3%	0,025
Completa	108	25%	105	26,9%	0,544
Aspecto físico de la portería					
Aseada	392	90,7%	368	94,1%	0,069
Ordenada	97	22,5%	75	19,2%	0,249

Aspectos relacionados con la satisfacción	CASOS		CONTROLES		P- VALOR
	N	%	N	%	
Iluminada	15	3,5%	10	2,6%	0,445
Amplia	44	10,2%	36	9,2%	0,636
Ventilada	1	0,2%	5	1,3%	0,078
Aspecto físico de la recepción					
Aseada	395	91,4%	375	95,9%	0,009
Ordenada	41	9,5%	35	9%	0,790
Iluminada	19	4,4%	31	7,9%	0,034
Ventilada	10	2,3%	8	2%	0,792
Amplia	37	8,6%	25	6,4%	0,239
Silencioso	4	0,9%	11	2,8%	0,065
Aspecto físico de la caja					
Aseada	359	91,8%	388	89,8%	0,322
Ordenada	51	11,8%	46	11,8%	0,986
Iluminada	28	6,5%	24	6,1%	0,840
Amplia	63	14,6%	44	11,3%	0,156
Aspecto físico de la sala de espera					
Aseada	398	92,1%	364	93,1%	0,598
Ordenada	90	20,8%	99	25,3%	0,126
Iluminada	26	6%	23	5,9%	0,93
Ventilada	13	3%	16	4,1%	0,400
Amplia	26	6%	28	7,2%	0,50
Silencioso	19	4,4%	9	2,3%	0,098
Sin olores desagradables	38	8,8%	29	7,4%	0,47
Con sillas cómodas	33	7,6%	24	6,1%	0,397
Con sillas disponibles	48	11,1%	50	12,8%	0,458
Aspecto físico del consultorio					
Aseada	404	93,5%	375	95,9%	0,128
Ordenada	97	22,5%	107	27,4%	0,103
Iluminada	17	3,9%	25	6,4%	0,10
Ventilada	10	2,3%	20	5,1%	0,32
Amplia	26	6%	26	6,6%	0,710
Silencioso	39	9%	30	7,7%	0,48
Sin olores desagradables	38	8,8%	36	9,2%	0,84

Fuente: elaboración propia.

Estrategias de captación temprana

Se indagaron en tres instituciones de salud de Manizales y de Chinchiná, las estrategias que usan los servicios de salud para captar las gestantes en el primer trimestre de gestación.

Todos los servicios de salud encuestados contaban

en el momento de la encuesta con estrategias de búsqueda activa de pacientes con gravíndice positivo. Entre estas se incluyen: llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, búsqueda en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del servicio de urgencias, diagnósticos relacionados con el embarazo y seguimiento de mujeres que en la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS) declararon

tener atrasos menstruales superiores a los 35 días, además de indagar por la fecha de la última menstruación a todas las mujeres en edad fértil que consultan a los servicios de salud. De la misma forma, todas las instituciones afirmaron tener estrategias de búsqueda activa para gestantes que no asistieron a la primera cita de CP. En cuanto al funcionario encargado de hacer la búsqueda activa se encontró que en tres de las instituciones la búsqueda es realizada por la auxiliar de enfermería, y en una de las instituciones la indagación es realizada conjuntamente entre la auxiliar de enfermería y la promotora de salud. Al preguntar si los médicos tenían disponibles todos los exámenes en el momento del primer CP, todas las instituciones afirmaron que los resultados de laboratorio estaban disponibles al momento de la consulta, excepto la prueba de VIH, pues endos de ellas los resultados demoran mínimo un mes, en la otra se debe esperar el primer CP para que el médico explique el consentimiento informado de la toma de la prueba.

La media de tiempo que transcurre entre la entrega del resultado de gravindex positivo y la asesoría fue de 9,3 días con una desviación estándar 6,2 días, con un máximo de 15 días. Este tiempo se prolonga por la disponibilidad de citas para la ecografía obstétrica. Entre la asesoría y el primer CP transcurren en promedio 9,33 días, con un dato mínimo de 5 días y un dato máximo de 15 días. El tiempo entre la solicitud de exámenes y la entrega de resultados no supera una semana.

DISCUSIÓN

Un hallazgo llamativo en este estudio fue la afiliación a la seguridad social, pues en ambos grupos por lo menos el 10% de las encuestadas no estaban afiliadas al SGSSS, este dato es preocupante ya que se ha descrito la incapacidad de pago como la principal razón para no consultar a los servicios en la población de más escasos recursos. Para este estudio resultó favorable el hecho de que más del 70% de las encuestadas de ambos

grupos habían estudiado hasta la secundaria, al comparar este hallazgo con el panorama nacional, para el departamento de Caldas la proporción de mujeres en edad fértil que alcanzó la secundaria completa fue de 25,2%, y en el Valle fue de 30,6% (17). Lo cual resulta muy beneficioso para las mujeres, dado que se ha descrito que aquellas que han tenido educación secundaria están dos veces más predispuestas a usar los servicios prenatales, comparado con las mujeres que no han tenido educación (18).

La tramitología fue una barrera de acceso en este estudio. Hallazgo que concuerda con lo encontrado por Carvacho y cols. (19), quienes describieron que en el régimen subsidiado de Brasil se presentaron restricciones por no contar con los documentos necesarios para acceder a las citas. Otra barrera administrativa encontrada en nuestro estudio fue el no tener carné de salud antes de inscribirse al control ($P < 0,001$). En este sentido, Aguado y cols. (20) encontraron que la probabilidad de que una madre haga uso de los servicios de atención prenatal calificada, parto institucional y asistencia posparto se reduce en un 25%, 23% y 12% respectivamente, si no tiene afiliación al sistema de seguridad social en salud. Asimismo, Eslava y cols. (21) encontraron que existen barreras de información, trámites y costo que afectan a las gestantes subsidiadas principalmente.

Las mujeres que no tenían dinero para asistir al CP, tenían un mayor riesgo de no asistir a este programa comparado con las que sí tenían dinero. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Faneite y cols. (22), quienes describieron como causas para no asistir al CP: el desempleo (27,3%) y el costo de los medicamentos (20%). Por su parte, Carvacho y cols (19) reportaron que 19,5% de las gestantes adolescentes encuestadas presentaron barreras de tipo económico. De otro lado Wilcox y Marks (23) y Brockerhoff y cols (24) afirmaron que factores como la pobreza y la distancia para llegar a las instituciones pueden limitar la accesibilidad al control, la cobertura precoz y la asistencia periódica.

En cuanto a los ingresos económicos, el 83,8% de los casos y el 76,7% de los controles afirmaron que los ingresos económicos no superan un salario mínimo mensual legal vigente (\$634.500 en 2012), lo cual es preocupante dados los requerimientos nutricionales de la embarazada y de su bebé que se dejan de satisfacer. Sin embargo, según estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el ingreso per cápita real de los hogares para el año 2009 en Colombia fue de 560.309 (25) lo cual demuestra que estos resultados son un reflejo del escenario de pobreza del país, en este contexto es absolutamente imprescindible la generación de planes gubernamentales intersectoriales y efectivos que le permitan a la población elevar sus ingresos económicos y su calidad de vida.

En este estudio se encontró que el 52,5% de las gestantes accedieron al CP después del tercer mes de gestación, lo cual significa que a pesar de las estrategias de búsqueda activa y lo estipulado en la guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (26) con respecto a la necesidad de detectar el embarazo e iniciar los controles prenatales antes de la semana 12 de gestación, el CP sigue siendo tardío en más de la mitad de gestantes que acceden a este en Cali y Manizales. Estos resultados son bastante similares a los descritos por Sánchez y cols. (27), quienes encontraron que el 53,6% de los casos y el 46,5% de los controles iniciaron CP en el tercer trimestre. Estos resultados demuestran la importancia de investigaciones como esta que generen información útil para el mejoramiento de los programas de CP.

El 85,2% de ambos grupos opinaron que la orientación que recibieron en el consultorio fue clara. Al respecto, Seclen-Palacín y cols (28) describieron que la información recibida durante la consulta prenatal fue buena (64,3%) o muy buena (15,1%) y que el trato del personal se consideró bueno (51,4%) o muy bueno (5,9%).

Los resultados mostraron que el 81,8% de los casos y el 82,9% de los controles percibieron que

el trato recibido en el consultorio fue amable, aspecto sumamente relevante, pues se ha descrito que el trato recibido y el tiempo de espera para recibir la consulta actúan como determinantes de la utilización, incluso por encima del nivel de resolución clínica del profesional; sin embargo, esta situación está condicionada al nivel socioeconómico de la gestante, donde las pacientes más pobres reciben peor trato por parte de los profesionales de salud (29).

Los hallazgos están en la misma línea de los resultados encontrados por Vélez y cols (30), que describieron que las relaciones establecidas entre los profesionales y las usuarias en el programa de gestantes son en su mayoría excelentes y caracterizadas por empatía y cordialidad por parte de los profesionales de la salud. El que las usuarias del presente estudio estén satisfechas con los servicios resulta ser un aspecto importante, pues la aceptabilidad de los servicios de CP se refleja en un mayor grado de satisfacción, mayor continuidad y adherencia de la gestante para cumplir las visitas programadas y las indicaciones del profesional de atención prenatal, además de una mayor probabilidad de parto en un centro de la red sanitaria, con reducción del riesgo de complicaciones y muertes neonatal y materna (31).

Ramírez y cols (32) encontraron que los ingresos bajos favorecen el inicio tardío del CP a diferencia de la presente investigación en el que estas variables no fueron significativas, probablemente porque por lo menos el 75% de la población de casos y controles tuvieron ingresos familiares inferiores a un salario mínimo, lo cual homogeniza los ingresos económicos de la población estudiada y no permite hacer una comparación entre mujeres de bajos y altos ingresos.

Algunos de los factores que se han descrito con frecuencia en la literatura en relación al uso inadecuado del CP son la edad (33), la escolaridad (34) y la distancia al hogar. En esta investigación no se presentaron diferencias significativas entre

el acceso de adolescentes, ni en su escolaridad, ni en la distancia que tenían que recorrer desde su hogar al centro de salud, probablemente porque más del 70% de las encuestadas tenían entre 15 y 29 años, y vivían cerca a los servicios de salud.

Los hallazgos mostraron altos niveles de satisfacción de las mujeres con el aspecto físico de los servicios de salud, el trato y la orientación recibida, a diferencia de Seclen-Palacín y cols. (28) quienes citaron que los principales motivos de insatisfacción con el CP fueron el tiempo de espera prolongado y el trato inadecuado. Faneite y cols. (22) describieron que las mujeres refirieron un ambiente inadecuado de la consulta (39,2%). Las diferencias en los hallazgos probablemente se deban a que el diseño de nuestro estudio fue de casos y controles y el estudio realizado por Faneite y cols. (22) fue un estudio descriptivo. En el estudio de Seclen-Palacín y cols. (28) se empleó una entrevista semiestructurada en la cual las gestantes podían expresar ampliamente sus percepciones acerca de la atención y sus motivos de insatisfacción, a diferencia del instrumento empleado en nuestro estudio (entrevista cerrada).

Las fortalezas de esta investigación fueron el tamaño de muestra (823), el diseño metodológico, el haberse apoyado en el marco de teórico de Aday y Andersen (15) y la diversidad de categorías por las que indagó el instrumento, lo cual permite tener una mejor aproximación a la realidad de las gestantes que asisten al CP. Sin embargo, se tuvieron dificultades como la alta proporción de mujeres diagnosticadas con alto riesgo obstétrico, dificultando la obtención del tamaño de muestra requerido y el retraso para obtener los permisos de recolección de información en instituciones de carácter privado. Debido a lo anterior, solo el 10,7% de los casos y el 17,9% de los controles pertenecían al régimen contributivo, limitando la posibilidad de hacer comparaciones entre ambos regímenes. Es recomendable hacer nuevos estudios de acceso al CP, en los que se incluyan mujeres de ambos regímenes en similares proporciones.

Finalmente, la encuesta de satisfacción se realizó en el momento de salida de la consulta prenatal, lo cual podría generar una mayor valoración de la satisfacción debido al compromiso de la usuaria por no expresar su falta de satisfacción (“sesgo de cortesía”), situación descrita en la literatura (35).

CONCLUSIONES

Los hallazgos mostraron que en las instituciones objeto de estudio habían pocos medios de divulgación que incentiven el inicio temprano del CP, por lo que se recomienda a las instituciones realizar intervenciones conjuntas entre las IPS, EPS y entes municipales que fomenten el acceso temprano al CP, tales como divulgación de la importancia del CP a través de medios de comunicación masivos, la atención cercana al domicilio, la búsqueda activa de gestantes mediante las promotoras de salud. Según la guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo de la Resolución 00412 de 2000, los horarios de atención a las gestantes deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres a los controles prenatales. Se ha demostrado que cuanto mayor es el número de horas que los servicios de salud dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicitan CP en las mismas. Se recomienda que los prestadores de salud consideren tener horarios más flexibles y de esta forma reducir el tiempo de espera de las pacientes.

Aspectos de disminución del gasto de bolsillo, las incomodidades derivadas de la atención y de las instalaciones, esfuerzos por conseguir el buen trato, respeto, empatía, deben ser parte de los planes de mejoramiento de la calidad de la atención del CP, así como la implementación de procesos de seguimiento de la calidad de la atención y el desarrollo de estrategias administrativas que permitan mejorar la satisfacción de las usuarias y disminuir las barreras de acceso.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores Hernán Parra y María Victoria Benjumea por su constante apoyo y asesoría.
A las instituciones de salud por su aval para la

recolección de información en sus instalaciones, a las gestantes y sus familias que participaron del estudio, y al personal administrativo y operativo de la División Salud de FES en su oficina de Cali y en la Universidad de Caldas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McDuffie R, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. *JAMA*. 1996; 275:847-51.
2. Ural S, Cox C, Blakemore K, Pressman E, Bienstock J. Lack of prenatal care increases the rate of recurrent preterm delivery and health care costs when compared to university hospital-based prenatal care. *Primary Care Update for OB/GYNs*. 1998; 5(4):177-178.
3. Mrisho M, Obrist B, Schellenberg J, Haws R, Mushi A, Mshinda H, Tanner M, Schellenberg D. The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2009, 9:10.
4. Chakraborty N, Islam M, Chowdhury R, Bari W. Utilisation of postnatal care in Bangladesh: from a longitudinal study. *Health & Social Care in the Community*. 2002; 10(6):492-502.
5. WHO, UNICEF. *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels, and Differentials: 1990-2001*. Geneva and New York: WHO & UNICEF; 2003.
6. Villar J, et al. For the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *The Lancet*. 2001; 357:1551-1564.
7. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Desarrollo Social. Estado de avance en el cumplimiento de los ODM – Conpes Social 91. 2005.
8. Profamilia. *Salud Materno Infantil. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud - Resultados*. Bogotá: Profamilia; 2010. p. 4-5.
9. R.E Rowe, J Garcia, L.L Davidson. Social and ethnic inequalities in the offer and uptake of prenatal screening and diagnosis in the UK. *Public Health - April 2004*. Vol. 118, Issue 3, Pages 177-189.
10. Carter M. Husbands and maternal health matters in rural Guatemala: wives' reports on their spouses' involvement in pregnancy and birth. *Social Science & Medicine*. 2002; 55(3):437-50.
11. Simkhada B, van Teijlingen E, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilisation of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(3):244-60.
12. Matsumura M, Gubhaju B. Women's status, household structure and the utilisation of maternal health services in Nepal. *Asia-Pacific Population Journal*. 2001; 16(1):23-44.
13. Nielsen B, Hedegaard M, Liljestrang J, Thilsted S, Joseph A. Characteristics of antenatal care attenders in a rural population in Tamil Nadu, South India: A community-based cross-sectional study. *Health & Social Care in the Community*. 2001; 9(6):327-333.
14. Overbosch G, Nsawah-Nuamah N, Van den Boom G, Damnyag L. Determinants of antenatal care use in Ghana. *Journal of African Economies*. 2004; 13(2):277-301.
15. Aday L, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. In: White K, editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 604-13.
16. Arias I, Palomino A, Osorio S. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. *Revista Colombiana de Obstetric*
17. Profamilia. Características generales y situación de las mujeres en edad fértil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2010 [citado 19 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-4.pdf>
18. Pierre A, Gilbert Saint-Jean G, Crandall L, Fevrin E. Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 18(2):84-92.

19. Carvacho I, Brito de Mello M, Morais S, Pinto J. Factores asociados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5):886-94.
20. Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Ahumada J. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* [Internet]. 2007 [citado Oct 2013]; 5(1):3-9. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/294/161>
21. Eslava J, Hernández A, Ruiz F. Acceso a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III de Sisbén de catorce localidades de Santa Fe de Bogotá. 2000. Convenio Universidad Javeriana - Secretaría Distrital de Salud. Bogotá.
22. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: Motivos de Inasistencia, ¿se justifica? *Rev Obstetricia y Ginecología Venez*. 2009; 69(3):147-151.
23. Wilcox L, Marks J, eds. CDC's Public Health Surveillance for women, infant and children. From data to action. US Department of Health & Human Services. Public Health Service. Center for Disease Control and Prevention, 1994: 105-1
24. Brockerhoff P, Seufert R, Casper F. Quality of pregnancy screening in high risk pregnancies. What can be improved? Abstract 14 European Congress of Prenatal Medicine. Helsinki, Finland, 1994.
25. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Departamento Nacional de Planeación. MESEP / Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad, resultados cifras de pobreza, indigencia y desigualdad 2009. Bogotá, 2010.
26. Colombia. Ministerio de Salud. Dirección general de promoción y prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo; 2000.
27. Sánchez R, Pérez G, Pérez P, Vázquez F. Impacto del Control prenatal y su impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005; 43(5):377-380
28. Seclen-Palacín J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 2004; 16(3).
29. Bronfman-Pertsovsky M, López S, Rodríguez C, More A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública México*. 2003; 45:445-54.
30. Vélez C, Gómez D, González M. Errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales, 2007. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2008; 13:61-76.
31. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001; 15(Suppl1):1-42.
32. Ramírez M, Richardson V, Ávila H, Caraveo V, Salomón R. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2000 [citado 19 Abr 2014]; 7(2):97-100. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n2/1244.pdf>
33. Almeida SD de M, Barros MB de A. Equidade e atenção a saúde da gestantes em Campinas (SP) Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 17(1):15-25.
34. Coimbra L, Silva A, Gochel E, Alves M, Ribeiro V et al. Factores asociados á inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(4):456-62.
35. Overtveit J. *Evaluating Health Intervention*. Open University Press. Buckingham, Philadelphia: Blackwell Scientific; 1998.

USO E INTEGRACIÓN DE LAS TIC EN DOS SERVICIOS DE SALUD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

Jacqueline Hernández Sánchez*

Recibido en diciembre 16 de 2013, aceptado en mayo 2 de 2014

Citar este artículo así:

Hernández Sánchez J. Uso e integración de las TIC en dos servicios de salud de Bienestar Universitario. Hacia promoc. salud. 2014; 19(1):99-113.

Resumen

Objetivo: Evaluar las TIC que se están utilizando para la educación e información en salud, desde la opinión de los profesionales y los usuarios de los servicios y programas de Bienestar Universitario de dos universidades colombianas, en agosto de 2012 a junio de 2013. **Materiales y métodos:** Se utilizó un método mixto, mediante un diseño explicativo secuencial, donde se incluyó la aplicación de cuestionarios y la realización de entrevistas y grupos focales a una muestra de los profesionales y usuarios de Bienestar Universitario. **Resultados:** El 78,1% de los profesionales usa ampliamente las tecnologías tradicionales: diapositivas, teléfono, videos e impresos, pero hay poco uso de las nuevas TIC. Las que más se usan son los teléfonos móviles (92,2%) y el correo electrónico para comunicarse con los usuarios y enviarles mensajes educativos (69,2%). En la vida cotidiana los profesionales usan poco estas tecnologías, a diferencia de los jóvenes usuarios quienes emplean los teléfonos móviles (100%) y la Internet para buscar información (100%) y socializar mediante Facebook y Twitter (96,8%). Existe una opinión y un ambiente positivo para la integración de las nuevas TIC, aunque el 100% de los profesionales manifestó que no ha recibido capacitación. **Conclusiones:** Se obtuvo una perspectiva amplia acerca de las TIC más utilizadas y recomendadas para las actividades informativas y educativas en salud en dos servicios de Bienestar Universitario, que refleja lo reportado por otros estudios en cuanto a los avances incipientes en la investigación y la integración de las TIC en la práctica de los profesionales de salud.

Palabras clave

Proyectos de Tecnologías de Información y Comunicación, educación en salud, servicios de salud, comportamientos saludables (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Mg. en Tecnología de la Educación. Magister en Tecnología Educativa y Medios Innovadores de la Educación. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: yahesa@yahoo.com

USE AND INTEGRATION OF ICTs IN TWO UNIVERSITY WELFARE HEALTH SERVICES

Abstract

Objective: To assess the ICTSs that are being used for education and health information, from the view of the professionals and users of the services and programs of the university welfare unit in two universities in Colombia from August 2012 to June 2013. **Material and Methods:** A mixed method was used, applying a sequential explanatory design, which included the implementation of questionnaires and interviews, and focus groups to a sample of the professionals and users of the university welfare unit. **Results:** 78.1% of the professionals widely used traditional technologies: slides, telephone, video and printed material, but there is little use of the new ICTs. The most used are mobile phones (92.2%) and the e-mail to communicate with users and to send them educational messages (69.2%). In everyday life professionals scarcely use these technologies, unlike young users who use mobile phones (100 %) and the Internet to search for information (100%) and socialize through Facebook and Twitter (96.8%). There is an opinion and a positive environment for the integration of the new ICTs, although 100% of the professionals said they have not received training. **Conclusions:** There was a broad perspective on the most used and recommended ICTs for informative and educational activities in two university welfare units, which reflects what is reported by other studies in terms of the incipient advances in research and ICTs integration in health professionals' the practice.

Key words

Information technologies and communication projects, health education, health services, healthy behavior (source: DeCS, BIREME).

USO E INTEGRAÇÃO DAS TIC EM DOIS SERVIÇOS DE SAÚDE DE BEM ESTAR UNIVERSITÁRIO

Resumo

Objetivo: Avaliar as TIC que estão se utilizando para a educação e informação em saúde, desde a opinião dos profissionais e os usuários dos serviços e programas de Bem estar Universitário de duas universidades colombianas, em agosto de 2012 a junho de 2013. **Materiais e Métodos:** Utilizou se um método misto, mediante um desenho explicativo seqüencial, onde se incluiu a aplicação de questionários e a realização de entrevistas e grupos focais a uma amostra dos profissionais e usuários de Bem estar Universitário. **Resultados:** O sd78, 1% dos profissionais usa amplamente as tecnologias tradicionais: diapositivos, telefone, vídeos e impressos, mas há pouco uso das novas TIC. As que mais usam se são os telefones móveis (92,2%) e o endereço eletrônico para comunicar se com os usuários e enviar lhes mensagens educativos (69,2%). Na vida cotidiana os profissionais usam poucas estas tecnologias, a diferença dos jovens usuários quem empregam os telefones celulares (100%) e socializar mediante Face book e Twitter (96,8%). Existe uma opinião e um ambiente positivo para a integração das novas TIC, porem o 100% dos profissionais manifestou que não tem recebido capacitação. **Conclusões:** Obteve se uma perspectiva ampla mais de perto das TIC, mas utilizadas e recomendadas para as atividades informativas e educativas em saúde em dois serviços de bem estar Universitário, que reflexa o reportado por outros estudos em quanto aos avanços incipientes na pesquisa e a integração das TIC na pratica dos profissionais de saúde.

Palavras chave

Projetos de Tecnologias de informação e comunicação, educação em saúde, serviços de saúde, comportamentos saudáveis (fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud es una de las acciones más importantes dentro del sector salud, debido a que de ella depende en gran parte que las personas adopten comportamientos para favorecer su salud o que le eviten enfermarse (1). La educación para la salud se apoya en el uso de materiales, recursos y técnicas educativas, dentro de las que se incluyen desde las más tradicionales hasta las de reciente aparición, como son las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). No obstante, la aplicación de estas últimas en las acciones educativas de los servicios de salud es escasa, debido a que es un tema de reciente aparición. La ESsalud hace parte de los lineamientos y políticas internacionales dadas específicamente para la inclusión de estas tecnologías por parte de la Organización Mundial de la Salud en el ámbito mundial (2) y por la Organización Panamericana de la Salud (3) para la región de América Latina y el Caribe.

Existen diversos estudios (4-7), todos ellos de otros países diferentes a Colombia, que muestran cómo hoy en día se están utilizando estratégicamente las TIC. Especialmente se hace referencia al teléfono móvil o sitios en la Web para realizar intervenciones de los estilos de vida relacionados con diversos eventos de salud.

Por lo tanto, se propuso el desarrollo de esta investigación con el objetivo de evaluar el uso de las TIC en las acciones de información y educación, según la opinión de profesionales y usuarios de dos servicios de salud de Bienestar Universitario (BU), de una universidad pública y otra privada de Bucaramanga, Colombia. Aunque en este estudio se indagó también acerca de otros aspectos, como son los tipos de acciones de educación para la salud y su fundamentación teórica, así como las habilidades para buscar y consultar información en la Internet, estos dos aspectos no se incluyen en esta publicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se aplicó un método mixto, mediante un diseño explicativo secuencial, porque este tipo de estudio permite que los datos obtenidos mediante instrumentos cuantitativos orienten la recolección de los datos cualitativos (8) para así tener una visión más completa del fenómeno estudiado. Además se aplicó en la misma muestra (9).

Para el tipo de estudio que se desarrolló en esta investigación, se siguieron las recomendaciones de Teddlie y Yu, citados por Hernández, Fernández y Baptista (8), sobre el muestreo secuencial de los métodos mixtos, así: para el componente cuantitativo en el grupo de profesionales, se realizó un muestro no probabilístico, donde se seleccionaron a los cinco profesionales de la dependencia de BU2 y a 11 de la de BU1, considerando como criterio de inclusión que existiera la representación de cada una de las profesiones, excluyendo a quienes participaron en la prueba piloto del instrumento.

En el caso de los usuarios (estudiantes universitarios), se realizó un muestreo no probabilístico (8), teniendo en cuenta que lo que se pretendía era solamente documentar la situación en los servicios y programas de Bienestar Universitario. Por lo anterior, la muestra que se determinó inicialmente fue de 30 usuarios (18 usuarios de BU1 y de 12 de BU2). Se excluyeron a los usuarios que presentaran una condición de enfermedad que les impida responder el cuestionario, por ejemplo que tuvieran dolor agudo, fiebre alta, estado emocional alterado, entre otras.

Para la parte del componente cualitativo, se aplicó un muestreo con propósito (8), realizando la selección de las personas que participaron en la fase cuantitativa y quienes podían dar mayor información sobre el uso y las recomendaciones sobre la integración de las TIC en las acciones informativas y educativas en salud. Con ellos se realizaron entrevistas semi-estructuradas

individuales (para los funcionarios de salud) y grupos focales (para los jóvenes usuarios).

Para el componente cuantitativo se diseñaron dos cuestionarios (9): el cuestionario dirigido a los profesionales de la salud (EvalidicSalud I), y otro para los usuarios (EvalidicSalud II). Para el diseño del primer instrumento se tuvo como referente además del concepto actual sobre las TIC (10), la Guía de autodiagnóstico para pymes en la utilización de las TIC, de la Sociedad para la Promoción y Reconversión Industrial S.A. (11), la cual, aunque no reporta estudios de reproducibilidad ni validez, se ha aplicado en otros estudios como el de García (12). Para el cuestionario de los usuarios, además de las anteriores referencias bibliográficas, se tuvo en cuenta el instrumento aplicado en el estudio de Herrera-Batista (13).

Los dos cuestionarios se diseñaron especialmente para esta investigación y no cuentan con estudios de reproducibilidad o confiabilidad, ni de validez de contenido, criterio o constructo. Se aplicaron en formato impreso y de forma auto-administrada por los participantes. No obstante, sí se les realizó una prueba piloto a los dos cuestionarios con un grupo de tres profesionales y 12 usuarios de los servicios de salud de BU1 y BU2, con el objetivo de establecer la validez facial (14) y realizar los ajustes necesarios a estos dos instrumentos. Los resultados reportaron una buena validez facial para ambos instrumentos.

Además, en el componente cualitativo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales con los profesionales de la salud y grupos focales (15) con los usuarios, mediante las cuales se profundizó en los aspectos que se incluyeron en los cuestionarios.

Teniendo en cuenta que este proyecto se desarrolla en el marco de servicios de atención en salud en Colombia, se asume lo reglamentado por la Resolución 8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en este país. Según

esta norma, el presente estudio se clasifica como de bajo riesgo, ya que es un estudio mixto en el que se registran datos a través de cuestionarios, entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. Además, se contó con el aval de los directivos de los servicios de Bienestar universitarios involucrados, e igualmente se pidió la firma del consentimiento informado en formato escrito a cada participante.

RESULTADOS

Resultados del estudio en el componente cuantitativo

En total participaron 45 personas, 13 profesionales y 32 usuarios de los servicios y programas de Bienestar Universitario de las dos universidades participantes.

En cuanto a los resultados de los profesionales encuestados, fueron los siguientes:

Características sociodemográficas. De los 13 profesionales encuestados, el 23%(3) corresponde a quienes laboran en BU2 de la entidad privada y los 10 restantes (77%) están vinculados con BU1 de la institución de educación superior pública. La mayoría son mujeres (77%), tienen una edad promedio de $41,9 \pm 8,7$ años y están en un rango de edad de 26 a 56 años; laboran en las áreas de odontología y salud oral (23%), medicina, psicología y programas especiales (15,3%, respectivamente), así como en farmacia, fisioterapia, psicorientación y jefatura del servicio de salud (7,7%, respectivamente). Todos los cargos corresponden al título de pregrado universitario obtenido por ellos. El tiempo promedio de experiencia en el cargo actual de los encuestados es de 7 años con un rango de 1 a 17 años.

Disponibilidad y uso de las TIC. La Internet, el teléfono fijo y las extensiones telefónicas (77%, respectivamente), son las tecnologías a las que

tienen mayor disponibilidad los profesionales de ambas dependencias de BU, seguida por la televisión y la radio institucional (61,5%, respectivamente). En cuanto al teléfono móvil institucional, es al que menos tienen acceso los profesionales de BU1, o no disponen de él como lo mencionaron los encuestados de BU2. Mientras que intranet, fax, tecnologías multimedia, videojuegos y películas, no fueron referidos como

recursos disponibles para los profesionales de BU2 (Tabla 1).

Con relación al uso de las TIC, para comunicarse con los usuarios utilizan principalmente el teléfono fijo y el correo electrónico (92,2% y 69,2%, respectivamente); este último también es el medio que emplean para enviar información y mensajes educativos (69,2%) (Tabla 2).

Tabla 1. Tecnologías de la información y las comunicaciones disponibles en los servicios o programas de las dos dependencias de Bienestar Universitario

Tipo de TIC	BU1		BU2		Total
	n	%	n	%	n(%)
Teléfono móvil	4	30,8			4(30,8)
Teléfono fijo	7	53,8	3	23	10(77)
Extensión telefónica	8	61,5	2	15,4	10(77)
Internet	8	61,5	2	15,4	10(77)
Intranet	9	69,2			9(69,2)
TV institucional	5	38,4	3	23	8(61,5)
Radio institucional	6	46,1	2	15,4	8(61,5)
Fax	5	38,4			5(38,4)
Tecnología multimedia	7	53,8			7(53,8)
Videojuegos y películas	6	46,1			6(46,1)
Otro					

Fuente: Datos recabados por la autora.

El total de los encuestados refirió que para proveer información sobre salud desde los servicios y los programas de Bienestar Universitario, se apoyan en la radio institucional, aunque en el caso de los profesionales de BU1, emplean también la página institucional en Internet.

Por otra parte, en cuanto a la realización de actividades educativas, los medios que más utilizan son la radio institucional y el material multimedia

(69,2% y 61,5%, respectivamente), no obstante desde la opinión del 53,8%(7) de los encuestados de BU1, la página institucional en Internet es una aplicación a la que también recurren. Cabe anotar el escaso uso que tienen las páginas institucionales y redes sociales en Internet para que los usuarios realicen cualquier tipo de consulta o soliciten servicios de salud o participación en los programas que se ofrecen (Tabla 2).

Tabla 2. Usos de las TIC en los servicios y programas de salud de Bienestar Universitario

Usos de la tecnología	BU1		BU2		Total
	n	%	n	%	n(%)
Para comunicación con usuarios					
Teléfono móvil	5	38,4			5(38,4)
Teléfono fijo	9	69,2	3	23	12(92,2)
Correo electrónico	8	61,5	1	7,6	9(69,2)
Para envío información y mensajes educativos					
Teléfono móvil					
Correo electrónico	8	61,5	1	7,6	9(69,2)
Para proveer información sobre servicios y programas de salud					
Página en Internet	9	69,2			9(69,2)
TV institucional	7	53,8	1	7,6	8(61,5)
Radio institucional	10	77	3	23	13(100)
Para realizar actividades educativas					
Página en Internet	7	53,8			7(53,8)
TV institucional	3	23	1	7,6	4(30,6)
Radio institucional	7	53,8	2	15,4	9(69,2)
Material multimedia	7	53,8	1	33,3	8(61,5)
Videjuegos	3	23			3(23)
Películas	4	30,6			4(30,6)
Para hacer cualquier tipo de consulta por los usuarios					
Correo electrónico	2	15,4	1	7,6	3(23)
Redes sociales en Internet	4	30,6			4(30,6)
Para solicitar servicios de salud o participación en programas por los usuarios					
Página en Internet	1	7,6			1(7,6)

Fuente: Datos recabados por la autora.

Preparación para la integración de las nuevas TIC (celulares, iPad, tabletas, PDA; Internet y sus aplicaciones; televisión digital, videojuegos, entre otras) en los servicios y programas en salud de BU. Se señala por parte del 92,3%(12) de los profesionales, que ellos sí tienen el conocimiento y la comprensión sobre las ventajas de estas tecnologías como herramientas para apoyar las acciones de información y educación en salud que ellos ejecutan, también existe una opinión positiva (76,9%) acerca del conocimiento y entendimiento que tienen los directivos sobre este aspecto. En

contraste con lo anterior, el total de los encuestados manifestó que a ellos no se les ha capacitado sobre el uso de las nuevas TIC. Tampoco el personal tiene la capacidad para la resolución de los problemas técnicos básicos en el uso de estas tecnologías, pues el 84,6% manifestó esta opinión. El 61,5%(8) refirió que sí han recibido la solicitud por parte de los usuarios para que se integre el uso de estas nuevas herramientas tecnológicas, como medios para proveerles información o educarlos sobre asuntos de salud.

En cuanto a los resultados de los usuarios encuestados, fueron los siguientes:

Características sociodemográficas. De los 32 usuarios encuestados, la mayoría (59,4%) pertenecen a BU1 de la institución de educación superior pública y el 59,4% son mujeres y tienen una edad promedio de $21 \pm 3,4$ años; el 65,6%(21) está cursando estudios en las carreras de Enfermería, Psicología y Fisioterapia y el 34,4%(11) estudia alguna Ingeniería u otra carrera del área social humanística; el 34,4%(11) está en los niveles $\geq 7^\circ$

y 4° a 6° , respectivamente. Residen en los estratos socioeconómicos tres (40,6%) y dos (31,2%).

Acceso a las TIC. La Internet en casa y en el sitio de estudio, así como la televisión, son las tecnologías a las que más tienen acceso los usuarios de BU1 y BU2 (87,5%, respectivamente); además, la radio (78,1%) y el teléfono móvil unifuncional (75%), son otras tecnologías que tienen a su alcance. Los dispositivos electrónicos móviles, como PDA (agenda electrónica), tabletas e iPad, solamente lo refirieron el 12,5%(4) de ellos (Tabla 3).

Tabla 3. Tecnologías de la información y las comunicaciones a las que tienen acceso los usuarios de los servicios y programas de las dos dependencias de Bienestar Universitario

Tipo de TIC	BU1		BU2		Total
	n	%	n	%	n(%)
Teléfono móvil personal unifuncional	16	50	8	25	24(75)
Otros dispositivos electrónicos móviles	3	9,3	1	3,1	4(12,5)
Teléfono móvil multifuncional o inteligente	10	31,2	7	21,8	17(53,1)
Teléfono fijo en sitio de residencia	9	28,1	10	31,2	19(59,3)
Internet en casa	16	50	12	37,5	28(87,5)
Internet en el sitio de estudio	18	56,2	10	31,2	28(87,5)
Internet en salas públicas	9	28,1	7	21,8	16(50)
TV	15	46,8	13	40,6	28(87,5)
Radio	13	40,6	12	37,5	25(78,1)
Equipos electrónicos CD-ROM o DVD	13	40,6	13	40,6	26(81,2)
Fax	3	9,3	1	3,1	4(12,5)

Fuente: Datos recabados por la autora.

Uso de las TIC. En cuanto a los usos que los encuestados le dan a las TIC, el 100% refirió que el teléfono móvil lo usa para comunicarse con familiares, amigos y otras personas, mientras que por Internet buscan información académica, comercial o laboral; este mismo recurso tecnológico lo utiliza el 96,8%(31) para socializar mediante Facebook y Twitter (Tabla 4).

El correo electrónico también tiene un amplio uso, pues el 96,8%(31) manifiesta que mediante este reciben y comparten información académica, comercial o laboral; además es una aplicación que les permite comunicarse con sus familiares, amigos y otras personas (90,6%). La TV y la radio institucional son los recursos que menos usan (Tabla 4).

Tabla 4. Usos de las TIC por parte de los usuarios de los servicios y programas de salud de Bienestar Universitario

Usos de la tecnología	BU1		BU2		Total
	n	%	n	%	n(%)
Teléfono móvil para comunicarme con familiares, amigos y otros	19	59,3	13	40,6	32(100)
Dispositivos móviles para escuchar música, tomar fotos y videos, jugar, hacer consultas en Internet y del correo-e	11	34,4	8	25	19(59,4)
Teléfono fijo para comunicarme con familiares, amigos y otros	9	28,1	11	34,4	20(62,5)
Correo electrónico para:					
- Comunicarme con familiares, amigos y otros	17	53,1	12	37,5	29(90,6)
- Recibir y compartir información académica, comercial o laboral	18	56,2	13	40,6	31(96,8)
Internet para:					
- Buscar información académica, comercial o laboral	19	59,3	13	40,6	32(100)
- Buscar información relacionada con mi salud y bienestar	15	46,8	10	31,2	25(78,1)
- Socializar mediante Facebook, Twitter	18	56,2	13	40,6	31(96,8)
- Compartir información mediante blogs, Messenger, etc.	12	37,5	9	28,1	21(65,6)
Página institucional en Internet para:					
- Realizar cualquier tipo de consulta en servicios y programas de salud, mediante un correo-e	7	21,8	6	18,7	13(40,6)
- Solicitar los servicios de salud y de programas	2	6,2	3	9,3	5 (15,5)
- Desarrollar actividades educativas de salud	5	15,6	8	34,4	13(40,6)
TV institucional para:					
- Obtener información de los servicios y programas de salud	2	6,2	1	3,1	3 (9,3)
- Aprender sobre asuntos relacionados con mi salud	1	3,1	1	3,1	2 (6,2)
Radio institucional para:					
- Obtener información de los servicios y programas de salud	1	3,1	4	12,5	5(15,5)
- Aprender sobre asuntos relacionados con mi salud			2	6,2	2 (6,2)

Fuente: Datos recabados por la autora.

Importancia y utilidad que le otorgan los encuestados a la aplicación de las nuevas TIC.

Las opiniones de los usuarios en relación con los diferentes ítems, que integraron este factor, fueron las siguientes: el 52,6%(10) de los usuarios de BU1 y el 61,5% de BU2, sienten que la Internet es útil porque les puede ayudar a tomar decisiones sobre su salud. En cuanto a la importancia que representa para los encuestados el hecho de ser capaz de acceder a las páginas Web de salud, disponibles en la Internet, el 63,2%(12) de los usuarios de BU1 y el 61,5%(8) de BU2, refirieron que sí es relevante, además el 31,6%(6) y el 23,1%(3), de BU1 y BU2, respectivamente, manifestaron que era un recurso muy importante. El 47,4%(9) de los usuarios de BU1 siente que son útiles los mensajes a través de dispositivos móviles, como celular, iPad, tabletas o agendas electrónicas, para tomar decisiones acerca de su salud; pero el 21,1%(4) no lo considera así. El 46,2%(6) de los usuarios de BU2, también opina que son útiles dichos dispositivos electrónicos, pero el 30,8%(4) refiere que no saben.

Sobre la importancia que le dan los usuarios a la integración de las nuevas TIC para proveer información o aprender sobre asuntos de salud, en los servicios y programas de BU, el 57,9%(11) de los encuestados de BU1 considera que sí es muy relevante; así mismo, el 46,2%(6) de los jóvenes usuarios de BU2 coinciden en esta respuesta. También ellos consideran importante la aplicación de estas tecnologías; así opinaron el 46,2%(6) de los usuarios de BU2 y el 36,8%(7) de BU1.

Resultados del componente cualitativo

Los datos fueron recolectados mediante 10 entrevistas a los funcionarios y tres grupos focales integrados por usuarios de las dos dependencias de BU, quienes se consideraron claves y participaron en forma voluntaria. Los datos recabados mediante las dos técnicas, fueron grabados en audio y luego transcritos textualmente; posteriormente se realizó la codificación abierta. A partir de esta y utilizando como estrategias de profundización la pregunta,

el análisis de significados y la comparación constante, se fueron identificando las categorías de análisis, las subcategorías y las categorías núcleo, que fueron plasmadas en la matriz de categorías.

Las categorías núcleo emergentes, fueron el producto de la interpretación de los datos y de la triangulación según las dos fuentes: las entrevistas de los profesionales y los grupos focales de los usuarios. A continuación, se realiza la descripción narrativa de las dos categorías núcleo que emergieron en torno al uso e integración de las TIC.

Categoría 1: Las TIC como medios para informarnos y comunicarnos, es un nuevo mundo pendiente por explorar, en donde los jóvenes usuarios ya lo viven pero los profesionales no tanto. Frente a la conceptualización de las TIC, se utilizan diversos términos para su denominación: “herramientas”, “medios”, “telecomunicaciones”, “sistemas”, “redes”, “tecnologías informáticas”, “métodos” y “mecanismos”; además de concebirlas como “modernismo” y “un nuevo mundo por explorar, por ver”.

El propósito de las TIC lo relacionan con: “informar sobre alguna campaña, sobre un tema [...] es como una publicidad o medios para poder uno divulgar algo y comunicar”; así como, “todo lo que tenga que ver con la radio, con la prensa, con el Internet...”, “todo lo que es producción audiovisual, audio, video, todo lo que es la parte de Internet, todo lo que son juegos [...] multimedia”. En el caso de los usuarios, sus opiniones no difieren mucho de las anteriores.

En cuanto al uso de las TIC en el ámbito personal, hay diferencias entre los profesionales y los usuarios de Bienestar Universitario; en el caso de los primeros, la mayoría se centran en el “celular, Internet”, este último para el correo electrónico; y muy pocos usan otras aplicaciones, como las redes sociales. En cuanto a estas, más bien refieren: “soy de poco chat, de pocas redes”; otros profesionales

inclusive mencionaron más las tecnologías tradicionales (teléfono fijo y video).

Los jóvenes, en cambio, usan más las nuevas tecnologías, como son: los celulares, las tablets, los videojuegos, las redes sociales, el correo electrónico, Skype y los buscadores como Google. Ellos usan muy poco la radio.

Es importante ver cómo se relaciona a la población joven con las TIC, al respecto los profesionales consideran en general que están “absorbidos, por la tecnología”. Estas opiniones se corroboran cuando los usuarios refieren que: “yo por lo menos los utilizo todo el tiempo porque me aburro sola”; como decía un profesor, ustedes nacieron con el “chip”.

Con relación al uso actual de las nuevas TIC en los programas y servicios de BU, este es bastante escaso, según lo refieren los profesionales de ambas dependencias, quienes usan preferiblemente las tecnologías tradicionales, como el computador, el teléfono fijo, los volantes, la emisora institucional, los videos, las presentaciones en Power Point y la intranet. También refieren que usan algunas páginas de Internet externas y la institucional. Este escaso uso de las nuevas TIC en BU, también es percibido por los jóvenes usuarios.

Categoría 2: Las nuevas TIC traen beneficios y son factibles de integrar en los servicios y programas de BU, teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada dependencia.

Algunos de los profesionales sugirieron cuáles nuevas TIC se podrían usar en los servicios de BU. Por ejemplo: los de BU1 propusieron la conformación de una comunidad virtual, el uso de tablets y juegos interactivos, así como el servicio permanente de un especialista en las TIC para responder inquietudes. En el caso de los profesionales de BU2, las sugerencias fueron: el uso del correo electrónico institucional, la sistematización de las historias clínicas y el uso de mensajes televisivos.

Desde la opinión de los jóvenes usuarios, las nuevas TIC que se pueden integrar a los programas y servicios de BU son: el correo electrónico, las redes sociales, la consulta de profesionales a través de Internet, el uso de los dispositivos móviles para enviar mensajes saludables, además de implementar una página, mediante la cual puedan saber la disponibilidad de citas médicas y de otros profesionales.

Para los profesionales, las ventajas y el valor agregado que tiene la integración de las nuevas TIC en BU, se sintetiza en lo expresado por varios participantes: “mayor rapidez, aplicabilidad, mayor efectividad y sobre todo mayor motivación”; “poder crear muchos más medios TIC para la comunicación [...], tener más contacto con los usuarios, poderles brindar de alguna manera un mejor servicio, poder nosotros tener todo un conglomerado de toda la información que se maneja aquí, poderle llegar más a los estudiantes”; “pues, aparte de que vamos a estar a la par con lo que estamos viviendo en estos momentos [...], de alguna manera generar conductas más saludables en nuestros estudiantes [...], que la información que estamos entregando sea asimilada de alguna manera como más adecuada”; también dijeron que estas tecnologías les pueden permitir una mayor efectividad a un menor costo, así como hablar en “el mismo lenguaje que tienen los jóvenes”.

Las anteriores respuestas de los profesionales son congruentes con las de los usuarios, quienes están de acuerdo en que las nuevas TIC tienen como ventajas lo “económico”, el acceso rápido y proporcionan “muchas formas para comunicarnos”. Además, se les ve una ventaja adicional, que es la de compartir archivos. También consideran que sí es factible y favorable usarlas, porque “aparte de que nosotros sabemos, de que hay una actividad en salud, pues nos darían ese paquete, de que esto es lo que ofrecemos, en qué momento lo podemos utilizar y qué pueden brindar”.

Aunque la mayoría de los profesionales afirma que no le ven desventajas a la integración de las nuevas TIC, sí señalan algunas: el exceso de información y su posible malinterpretación; el tiempo extra que les demandaría su uso; por último perciben que: “se pierde la parte de relación tú y yo, el diálogo, el discurso personal, decrecemos en la parte humana, en la parte de valores, en la parte de la relación”.

Desde la opinión de los jóvenes usuarios, también consideran otras desventajas, como la dependencia de las tecnologías, porque “se vuelve uno perezoso para leer”; “lo que hace es como alargar la distancia porque uno habla es por el Facebook y por el celular y antes era más que uno se sentaba a charlar y eso, ahora toda la gente es con el BlackBerry”; “la privacidad y muchas cosas se pierden”; además del riesgo de la veracidad y confiabilidad de la información.

En cuanto a las limitaciones para la integración de las nuevas TIC, las relacionan algunos profesionales de BU2, con aspectos políticos por la falta de autonomía para la toma de decisiones, y en BU1, estas limitaciones tienen que ver principalmente con la falta de saber cómo integrar las tecnologías con la educación para la salud. A pesar de lo anterior, se considera que el personal tiene gran disposición para integrar las nuevas TIC, no obstante, les falta formación para ser competentes. Por tal razón, dentro las sugerencias y requisitos para facilitar dicha integración, están: la capacitación; el desarrollo de un proyecto para la integración de las TIC; que exista la voluntad política y personal de los directivos y profesionales para su implementación; realizar un estudio de “factibilidad económica”; tener la infraestructura necesaria; evaluar las tecnologías más apropiadas para los usuarios; incluir a otras dependencias de la universidad; “estandarizar la tecnología para las actividades educativa y mezclar lo virtual con lo presencial”. Este último aspecto es compartido también por los usuarios.

DISCUSIÓN

Esta investigación permitió obtener una perspectiva amplia acerca de las TIC que son más utilizadas y recomendadas para las actividades informativas y educativas en salud, según la opinión de los profesionales y usuarios de dos servicios de Bienestar Universitario. En una revisión sistemática realizada por Gagnon y colaboradores (16) refieren que hay muy pocos estudios experimentales que promuevan la integración de las TIC en la práctica de los profesionales de salud. Sin embargo, en esta revisión se reportó que solamente dos estudios investigaron acerca del uso de Internet para comunicarse a través de correo-e con los pacientes. Este último uso también se halló en el presente estudio, donde el 69,2% de los profesionales de BU refirió que se comunican a través de este medio con sus usuarios.

Dentro de las otras tecnologías que reportaron los profesionales, se mencionaba a la radio institucional; no obstante, cabe anotar que existe una inconsistencia porque en las entrevistas se identificó que este medio de comunicación no lo usan; además, según las entrevistas, los usuarios utilizan muy poco la radio, lo cual confirma lo que expresaron en la encuesta.

Asimismo, se destaca el escaso uso que tienen las nuevas TIC. Las redes sociales es una de las aplicaciones de Internet que prácticamente no se emplea para hacer cualquier tipo de consulta por los usuarios, solamente 4 (30,6%) de ellos lo reportó. Los profesionales son más de la opinión de: “soy de poco chat, de pocas redes”. Actualmente, las redes sociales, “también sirven como medio de difusión de información que puede llegar a desencadenar revoluciones sociales de gran envergadura” (17).

Adicionalmente, en esta investigación se encontró que es nulo el uso de los dispositivos electrónicos móviles en los programas y servicios de salud; no obstante, los sugieren como una de las nuevas TIC que se pueden integrar en BU, por ejemplo para

enviar mensajes saludables, como lo refirieron algunos usuarios. En el caso de los teléfonos celulares, Douglas y colaboradores (18) refieren que en diversas investigaciones se ha demostrado la efectividad de esta aplicación en intervenciones relacionadas con el cambio de comportamientos, tal es el caso del abandono del consumo de cigarrillo, la pérdida de peso, la actividad física, así como en el manejo de la diabetes. Aunque también se reconoce que hace falta mayor evidencia. Sin embargo, es una tecnología muy cercana y de amplio uso en la población en general, por lo tanto se puede llegar a utilizar en los programas y servicios de Bienestar Universitario.

Surge la inquietud acerca de si este escaso uso de las nuevas TIC tiene relación con las experiencias que tienen los encuestados en su ámbito personal, pues, en contraste, los jóvenes usuarios sí tienen una amplia y permanente relación con las nuevas TIC en su vida cotidiana, según lo refirieron en las entrevistas y el reporte de la encuesta. Es posible que estas prácticas sean producto de la generación a la que pertenecen ellos, quienes tienen en promedio $21 \pm 3,4$ años de edad, y a quienes se les aplica muy bien el concepto de “nativos digitales” (19). Al respecto, Kennedy y colaboradores (20) plantean que “el corolario de los ‘nativos digitales’ - los jóvenes, desde un punto de vista tecnológico [...] es el ‘inmigrante’ digital: mayores, menos familiar y cómodo con la tecnología”, que en este estudio estaría representado por los profesionales de Bienestar Universitario.

En cuanto al concepto de las TIC, que tienen los participantes del estudio, este es muy similar entre el que tienen los profesionales y los usuarios. Además, es importante destacar las expresiones compartidas entre ellos, frente a las posibilidades y retos que perciben ante estas nuevas tecnologías.

La integración de las nuevas TIC en los servicios y programas de BU tiene una alta aceptación por parte de los usuarios y los profesionales de las dos dependencias. Esta actitud positiva es fundamental

en el proceso de apropiación de estas tecnologías, tal como lo refiere el Programa Nacional de Uso de Medios y Nuevas Tecnologías del Ministerio de Educación de Colombia (21). Aunque en dicho programa se hace referencia es a los docentes, también se puede aplicar al ámbito de la salud, especialmente para el proceso de preparación subjetiva (sensibilización e inclusión) que ayuda a enfrentar temores, resistencias o dificultades, o bien, que permite fortalecer, desde lo actitudinal, los aprendizajes mediados por la tecnología.

En cuanto a los tipos de tecnologías que sugieren, se percibe por las respuestas dadas, que no hay claridad ni un consenso frente a la tipología de las TIC, pues en algunos casos, lo que se menciona es el equipo, y en otros la aplicación y función que se puede realizar. Se puede deducir entonces que se desconoce que la Web 2.0 está representada por los siguientes componentes: contenidos creados por los usuarios, redes sociales; aplicaciones en línea y herramientas de colaboración (22).

Desde la perspectiva de los profesionales encuestados, a pesar de existir conocimiento, comprensión y apoyo institucional para la integración de estas tecnologías, reconocen que no han sido formados para ser competentes en el manejo de ellas; de ahí su sugerencia de recibir capacitación como requisito clave para la integración de las nuevas TIC en los programas y servicios de BU. Estudios realizados en el contexto educativo, como el de Suriá (23), sugieren que la falta de preparación es el factor principal que influye en el uso de las TIC. A igual conclusión, llegaron en la investigación sobre el uso y apropiación de las TIC, realizada en la Pontificia Universidad Javeriana (24).

Es así como, la presente investigación es una importante contribución al campo de conocimiento de la integración de las TIC en el campo de la salud, pues en la actualidad se reconoce que los avances son aún incipientes. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe –

CEPAL–, “la incorporación de las TIC en salud ha tenido un relativo rezago respecto de lo sucedido en otros sectores como educación y gobierno”; hubo un impulso para el perfeccionamiento o desarrollo de iniciativas de este tipo en el sector salud, solamente a partir de mediados de la década de 2000 (25).

CONCLUSIONES

En relación con el uso de las TIC en las acciones informativas y educativas en salud, los hallazgos del presente estudio revelan que en los servicios y programas de Bienestar Universitario se ha incursionado muy poco en el uso de las nuevas tecnologías, pues dentro de las que más se usan está el correo electrónico para comunicarse con los usuarios y enviarles información y mensajes educativos. Lo anterior refleja la necesidad urgente de integrar las nuevas TIC, e igualmente representa una oportunidad, máxime si existe una opinión positiva hacia las mismas, pues son más las ventajas que les ven tanto los profesionales como los usuarios de BU, que las desventajas; además, fue una solicitud de los jóvenes y del 61,5% de los profesionales. Es decir que, una propuesta de

integración de las TIC en las dos dependencias de BU, sería muy favorable para que ellos avancen en sus procesos de innovación tecnológica con el fin de favorecer su misión y objetivos en relación con el fomento de comportamientos para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

Por lo tanto, los resultados de este estudio son un insumo valioso que puede dar pautas a los tomadores de decisiones de las dos universidades acerca de las ventajas y posibilidades que tienen para hacer la integración de las nuevas TIC, y potenciar el uso de las que ya aplican en los servicios y programas de Bienestar Universitario. Además de ayudarles a identificar aspectos por mejorar en las acciones educativas en salud que allí realizan. Se hace necesario tener en cuenta que dentro del concepto de Bienestar Universitario (Ley 30 de 1992) se considera el desarrollo físico, psíquico afectivo, espiritual y social de los estudiantes, además de los otros integrantes de la comunidad educativa de las instituciones de Educación Superior. En lo relacionado con los estudiantes, los servicios y programas para fomentar su salud y bienestar son claves, y dentro de estos las acciones de información y educación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Glanz K, Rimmer B, Lewis F. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
2. World Health Organization. National eHealth strategy toolkit [Internet]. 1 ed. Geneva: WHO and International Telecommunication Union; 2012 [actualizado 2012; citado 15 abr 2013]. Disponible en: http://www.itu.int/ITU-D/cyb/app/e-health/NeHSToolkit/form.phtml?file=http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-E.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre eSalud [Internet]. Washington D.C.: OPS/OMS; 2011 [citado 15 abr 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=54:estrategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&Itemid=44&lang=es
4. Gurman T, Rubin S, Roess A. Effectiveness of mHealth behavior change communication interventions in developing countries: A systematic review of the literature. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. 2012; 17(1):82-104.
5. Katz R, Mesfin T, Barr B. Lessons from a community-based mHealth diabetes self-management program: “it’s not just about the cell phone”. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. 2012; 17(1):67-72.
6. Chib A, Wilkin H, Xue Ling L, Hoefman B, Van Biejma H. You have an important message! Evaluating the effectiveness of a text message HIV/AIDS campaign in Northwest Uganda. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. 2012; 17(1):146-157.
7. Uhrig J, Lewis M, Bann C, Harris J, Furberg R, Coomes C, et al. Addressing HIV knowledge, risk reduction, social support, and patient involvement using SMS: results of a proof-of-concept study. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. 2012; 17(1):128-145.
8. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Distrito Federal de México: McGraw-Hill; 2011.
9. Valenzuela G, Flores M. El proceso de investigación educativa. En: T. d. Monterrey, editores. Fundamentos de la investigación educativa. Monterrey: Universidad Virtual; 2012. p.12-94.
10. Cobo JC. El concepto de tecnologías de la información. Benchmarking sobre las definiciones de las TIC en la sociedad del conocimiento. *Zer*. 2009; 14(27):295-318.
11. Sociedad para la Promoción y Reconversión Industrial S.A. Guía de autodiagnóstico para pymes en la utilización de las TIC. Bilbao: SPRSA; 2002.
12. García L. Nivel de conocimiento del personal administrativo y uso de las tecnologías de información y comunicaciones (TIC) en los centros de salud de la ciudad de Piura [Disertación para obtener el título en Ingeniería de Sistemas]. Piura: De la base de datos de la Universidad Católica de los Ángeles Chimbote; 2011.
13. Herrera-Batista M. Disponibilidad, uso y apropiación de las tecnologías por estudiantes universitarios en México: perspectivas para una incorporación innovadora. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2009; 48(6):1-9.
14. Litwin M. How to measure survey reliability and validity. London: Sage; 1995.
15. Lobdell D, Gilboa S, Mendola P, Hesse B. Use of focus groups for the environmental health researcher. *Journal of Environmental Health*. 2005; 67:36-42.
16. Gagnon M, Légaré F, Labrecque M, Frémont P, Pluye, P, Gagnon J, et al. Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Wiley Cochrane Database Syst Rev*; 2009.

17. Llavina X. Facebook: Mejore sus relaciones conociendo la red social que conecta al mundo. Barcelona: Profti editorial; 2011.
18. Douglas W, Abrams L, Poropatich R, Nielsen P, Wallac, J. Mobile health evaluation methods: the text4baby case study. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. 2012; 17:22-9.
19. Prensky M. Teaching digital natives. Partnering for real learning. Estados Unidos: Sage; 2010.
20. Kennedy G, Dalgarno B, Bennett S, Judd T, Gray K, Chang R. Immigrants and natives: Investigating differences between staff and students' use of technology. Hello! Where are you in the landscape of educational technology? Melbourne: University Melbourne; 2008.
21. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. Programa nacional de innovación educativa con uso de TIC. Programa estratégico para la competitividad. Bogotá: Ministerio de Educación; 2008.
22. Codina L. ¿Web 2.0, Web 3.0 o Web semántica?: El impacto en los sistemas de información de la Web. I Congreso Internacional de Ciberperiodismo y Web 2.0 [Internet]. 2009 [citado 25 agosto 2013]. Disponible en: www.lluiscodina.com/Web20_WebSemantica2009_Nov2009.pdf
23. Suriá R. Percepción del profesorado sobre su capacitación en el uso de las TIC como instrumento de apoyo para la integración del alumnado con discapacidad. *Profesorado*. 2011; 15(2):300-14.
24. Pontificia Universidad Javeriana. Uso y apropiación de TIC en AUSJAL. Un estudio descriptivo [Internet]. 1 ed. Cali: Colombia; 2012. [citado 20 sep 2013]. Disponible en: <http://www.ausjal.org/Documentos-Institucionales.html>
25. Fernández A, Oviedo E. Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2010.

AUTOCONCEPTO EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE MANIZALES

*Victoria Eugenia Pinilla Sepúlveda**
*Diana Marcela Montoya Londoño***
*Carmen Dussán Lubert****
*Johan Sebastián Hernández Botero*****

Recibido en enero 27 de 2014, aceptado en marzo 17 de 2014

Citar este artículo así:

Pinilla Sepúlveda VE, Montoya Londoño DM, Dussán Lubert C, Hernández Botero JS. Autoconcepto en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1):114-127.

Resumen

Objetivo: Caracterizar el autoconcepto en sus dimensiones académico/laboral, familiar, social, emocional y físico, en estudiantes del programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes de la Universidad de Caldas, en la ciudad de Manizales, durante el primer semestre de 2013. **Materiales y métodos:** Utilizando el test AF5 se midió el autoconcepto en estudiantes de primeros y últimos semestres. Mediante pruebas de hipótesis se estableció si existían diferencias entre los puntajes medios de los estudiantes al inicio y al finalizar su programa académico, así como contra los del baremo. **Resultados:** Ambos grupos de estudiantes presentaron estadísticas superiores a las correspondientes del baremo en todos los autoconceptos, con excepción de los de últimos semestres en lo emocional. Se observó diferencia significativa entre las medias para el autoconcepto físico, siendo mayores las de los estudiantes de últimos semestres (P valor = 0,03743). Para lo académico/laboral, social, familiar y físico, los promedios fueron superiores al del baremo (P valores < 0,012 en todos los casos). **Conclusiones:** Se evidenció que los estudiantes tienen un buen nivel de autoconcepto en casi todos los factores medidos, así como un alto puntaje obtenido a nivel del autoconcepto físico que se hace más fuerte en los últimos semestres de la carrera. El factor emocional es el autoconcepto que puntuó más bajo.

Palabras clave

Normas, inteligencia emocional, relaciones familiares, relaciones interpersonales, autoimagen (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Psicóloga. Ph.D. en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: victoria.pinilla@ucaldas.edu.co

** Psicóloga. Mg. en Educación con Énfasis en Relaciones Pedagógicas. Magistra en Neuropsicología. Universidad de Manizales. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: diana.montoya@ucaldas.edu.co

*** Ingeniera Química. Magistra en Enseñanza de las Matemáticas. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: carmen.dussan@ucaldas.edu.co

**** Médico. Universidad Autónoma de Manizales. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: johanhdz03@gmail.com

SELF-CONCEPT IN A SAMPLE OF UNIVERSITY STUDENTS IN THE CITY OF MANIZALES, COLOMBIA

Abstract

Objective: To characterize self-concept in its academic/working, family, social, emotional and physical dimensions in the Bachelor in Basic Education with Emphasis in Physical Education, Recreation and Sports students at Universidad de Caldas, in the city of Manizales, during the first semester 2013. **Materials and Methods:** By means of the AF5 test, the self-concept in students of first and last semesters was measured. Through hypothesis tests it was determined whether there were any differences between the average scores of the students at the beginning and at the end of their academic program as well as a comparison against the scale using the ready reckoner was carried out. **Results:** Both groups of students showed higher statistics than those corresponding to the ready reckoner in all the self-concepts except those in the last semesters in the emotional aspect. Significant difference among the means for the physical self-concept, being higher those of the students in the last semesters (P value = 0.03743) was observed. For the academic/working, social, family and physical aspects, the averages were higher than those of the ready reckoner (P values < 0.012 in all the cases). **Conclusions:** It was evident that the students have a good level of self-concept in almost all the aspects measured as well as a high score in the physical self-concept, which grows stronger in the last semesters of the career. The emotional aspect is the one with the lowest score.

Key words

Norms, emotional intelligence, family relations, interpersonal relations, self-image (*source: DeCS, BIREME*).

OPINIÃO PESSOAL EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITARIOS DA CIDADE DE MANIZALES

Resumo

Objetivo: Caracterizar a opinião pessoal em suas dimensões acadêmico/laboral, familiar, social, emocional e físico, em estudantes do programa da Licenciatura em Educação Básica com Ênfase em Educação Física, Recreação e Esportes da Universidade de Caldas, na cidade de Manizales, durante o primeiro semestre de 2013. **Materiais e Métodos:** Utilizando o teste AF5 se mediu o autoconceito em estudantes de primeiros e últimos semestres. O través de provas de hipótese se estabeleceu se existiam diferencias entre a pontuação meia dos estudantes ao inicio e ao finalizar seu programa acadêmico, assim como contra os do baremo. (Tabela estatística). **Resultados:** Os dois grupos de estudantes apresentaram estatísticas superiores às correspondentes do baremo em todos os conceitos si, com exceção dos últimos semestres no emocional. Observou se diferencia significa entre as meias para a opinião pessoal físico, sendo maiores as dos estudantes de ultimo semestre (P valor = 0,03743). Para o acadêmico/laboral, social, familiar e físico, a meia foram superiores ao do baremo (P valores < 0,012 em todos os casos). **Conclusões:** Evidenciou se que os estudantes têm um bom nível de opinião pessoal em quase todos os fatores medidos, assim como uma alta pontuação obtida em nível de opinião pessoal físico que se faz mais forte nos últimos períodos de formatura. O fator emocional é o conceito de si que pontuo mais baixo.

Palavras chave

Normas, inteligência emocional, relações familiares, relações interpessoais, auto-imagem (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Educación Superior de los futuros profesionales que egresan de la universidad, se considera que más allá de la formación disciplinar que habilita al estudiante para el ejercicio de una profesión desde su disciplina específica, está la apuesta curricular desde la cual se busca promover la formación integral. Es en este contexto, que se considera necesario indagar por el autoconcepto de los estudiantes universitarios del programa de Licenciatura en Educación Básica, con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, en cuanto se considera que son numerosos los estudios en los que se destaca desde la educación básica, media, hasta el nivel de Educación Superior la importancia que desempeña el autoconcepto en la conducta y en el rendimiento académico. Este interés, en parte, viene propiciado por la idea de que cada sujeto actúa y rinde no como lo que es, sino como lo que cree que es, por lo que atender a las percepciones que los estudiantes tienen de sí mismos y de su competencia académica parece crucial en el ideal de formación de los nuevos licenciados en Educación, más desde un programa de formación que tiene como componente de su objeto de estudio la salud y las prácticas, hábitos y estilos de vida saludables (1-5).

En el ámbito de la formación impartida en la Educación Superior, se considera importante establecer un sano desarrollo del autoconcepto como condición de base para el adecuado desempeño personal y laboral, en la medida en que desde diversos estudios psicosociales el trabajo se considera como núcleo central en la construcción de la identidad personal y social (6).

En esta medida, puede plantearse que el autoconcepto como constructo teórico ha sido entendido como el conjunto de conceptos internamente consistentes y jerárquicamente organizados acerca de diferentes dimensiones humanas entre las cuales se reconocen los factores: físico, social, emocional, académico, y personal.

En tal sentido, se considera que el autoconcepto como categoría académica, se comprende como el concepto que una persona tiene acerca de sí misma, el cual parece ser determinante en el comportamiento del sujeto, el rendimiento escolar, y la misma construcción de la personalidad (7-9). Así entendido, el desarrollo y consolidación del autoconcepto debería ser un ideal pedagógico en la formación y desarrollo del potencial humano.

En la formación profesional de una carrera con énfasis clínico-educativo, como ocurre en el proceso de formación que se orienta desde el programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, es significativo la exploración y descripción del nivel de autoconcepto en sus diferentes dimensiones o factores, en especial, en relación con el autoconcepto físico. Al respecto, existe la hipótesis de que una carrera profesional cuyo objeto de estudio se enfoca en la formación de licenciados idóneos, comprometidos con la solución de problemas locales, regionales y nacionales, que aporten al mejoramiento de la calidad de vida y a la construcción de tejido social, mediante el fomento de la actividad física, la práctica deportiva y el adecuado uso del tiempo libre (10), desde la generación de hábitos y estilos de vida saludables, tiene estudiantes que egresan con un alto desarrollo del autoconcepto en especial en lo relacionado con la dimensión física, por ser un factor inherente al mismo objeto de estudio del programa de formación (10).

Desde una perspectiva conceptual, puede plantearse que el autoconcepto está organizado, es multifacético, experimental y tiene un carácter evaluativo, en la medida que se asume como realidad en construcción, se considera que es un concepto dinámico, que se elabora, cambia y se enriquece en el contexto de las interacciones sociales que la persona establece (11-14). Así entendido, el autoconcepto, parece ser una variable psicológica determinante en el plan de vida del joven universitario y en la construcción

de su identidad personal como ser humano y como profesional. Entre las dimensiones que se reconocen como integrantes del autoconcepto, están los factores académico/laboral, social, emocional, familiar y físico (8, 15, 16).

Para comprender cada una de las dimensiones que conforman el constructo, se define cada autoconcepto como la percepción que el sujeto tiene en cuanto a la calidad del desempeño de su rol como estudiante y trabajador (académico/laboral); su desempeño en las relaciones sociales (social); de su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas (emocional); su implicación, participación e integración en el medio familiar (familiar) y su aspecto y condición física (físico) (17, 18).

La pregunta de investigación planteada cuando se diseñó este trabajo fue si el paso por el programa hace que evolucione el estudiante en cuanto a su autoconcepto académico/laboral, familiar, social, emocional y físico. Por ello, el objetivo es: “Caracterizar el autoconcepto en sus dimensiones académico/laboral, familiar, social, emocional y físico, de los estudiantes del programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes de la Universidad de Caldas, en la ciudad de Manizales, durante el primer semestre de 2013”.

Para dar respuesta al objetivo se plantearon las siguientes hipótesis, las que permiten determinar si el estudiante en promedio modifica su autoconcepto cuando avanza en su carrera, así como establecer si las medias obtenidas por los estudiantes en cada uno de los autoconceptos son superiores a los del baremo correspondiente. En ambos casos se trabaja con una significancia del 5%.

H_0 : La media de calificación del estudiante de primeros semestres en cada autoconcepto es igual a la media de calificación del estudiante de últimos semestres en el autoconcepto bajo estudio.

H_1 : La media de calificación del estudiante de primeros semestres en cada autoconcepto es diferente a la media de calificación del estudiante de últimos semestres en el autoconcepto bajo estudio.

H_0 : La media de calificación del estudiante de primeros (o últimos) semestres en cada autoconcepto es igual a la media de calificación del baremo en el autoconcepto dado.

H_1 : La media de calificación del estudiante de primeros (o últimos) semestres en cada autoconcepto es mayor que la media de calificación del baremo correspondiente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

La investigación es de tipo transversal de carácter correlacional.

Población

Estudiantes de la Universidad de Caldas, matriculados en 2013-I en los primeros tres semestres o los últimos tres semestres en el programa de Licenciatura en Educación con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes (195 estudiantes).

Muestra

Mediante un muestreo estratificado aleatorio (los estratos son los estudiantes cuyo número de créditos aprobados a 2013-I correspondía a estar iniciando o finalizando la carrera) para estimación de medias (19), se obtuvo una muestra constituida por 49 hombres (28 de primeros semestres y 21 de últimos semestres). Únicamente se trabajó con estudiantes hombres, ya que el porcentaje de mujeres en el programa no permitía comparación

por géneros. La ecuación utilizada para encontrar el tamaño de muestra fue:

$$n = \frac{z^2 (\sum_{h=1}^H W_h s_h)^2}{\delta^2 + \frac{z^2}{N} \sum_{h=1}^H W_h s_h^2}, \text{ donde:}$$

z : valor del estadístico Z que deja un área $\alpha/2$ a la derecha.

s_h^2 : varianza del estrato obtenida a través de la prueba piloto.

δ : tamaño del error.

W_h : peso del estrato = N_h/N .

N : tamaño de la población.

n : tamaño de muestra.

Instrumento utilizado. Se aplicó el instrumento AF5 (17) a todos los estudiantes de la muestra.

Criterios de inclusión. El único criterio de inclusión fue ser hombre y estar estudiando Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes de la Universidad de Caldas, en la ciudad de Manizales, durante el primer semestre de 2013 y estar iniciando o finalizando la carrera.

Variables utilizadas en la investigación. Las variables incluidas en el estudio fueron: semestre, puntaje académico laboral, puntaje social, puntaje emocional, puntaje familiar, puntaje físico.

Análisis de la información

- Descripción y caracterización de cada una de las variables.
- Comparación, mediante prueba de hipótesis, de la media de cada autoconcepto (académico/laboral, social, emocional, familiar y

físico), entre estudiantes de primeros y últimos semestres. Para ello, inicialmente se realiza la prueba de Shapiro-Wilk (20) para determinar la normalidad de cada uno de los autoconceptos trabajados. Si se pasa la prueba de normalidad, se realiza una prueba f para determinar si las varianzas son iguales entre ambos grupos (21), posteriormente se aplica la prueba t correspondiente (21). En caso de que no se pase la prueba de normalidad, se realiza la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (20).

Se trabaja a un nivel de significancia del 5%.

- Comparación, mediante pruebas de hipótesis, de la media de cada autoconcepto contra la del baremo correspondiente (manteniendo constante el semestre). Se trabaja a un nivel de significancia del 5%.

RESULTADOS

1) Descripción y caracterización de cada una de las variables

Las tablas 2 y 3 muestran los estadísticos para los estudiantes de primeros y últimos semestres, respectivamente. En tales tablas se presentan, además, los correspondientes valores del baremo de referencia (17).

Se observa que para los primeros semestres (Tabla 1) todas las medias de los autoconceptos presentan valores superiores a los correspondientes del baremo, igual sucede con las medianas, cuartiles 1 (con excepción del factor emocional) y cuartil 3. Pero, en particular, llama la atención que los autoconceptos físico y académico/laboral son, en su orden, aquellos que más se diferencian de los valores del baremo, observándose además una alta homogeneidad en todas las variables, con excepción del factor emocional.

Tabla 1. Estadísticos de los autoconceptos en estudiantes de primeros semestres y para el baremo correspondiente

Estadístico	Académico / Laboral		Social		Emocional		Familiar		Físico	
	Investig.	Baremo	Investig.	Baremo	Investig.	Baremo	Investig.	Baremo	Investig.	Baremo
Tamaño muestral	28	208	28	830	28	208	28	208	28	208
Promedio	7,78	6,20	7,94	6,89	6,46	5,83	8,43	7,49	8,20	5,56
Mediana	8,00	6,33	8,17	7,08	6,83	5,83	8,84	7,67	8,38	5,67
Desviación estándar	1,28	1,41	1,40	1,58	2,15	1,55	1,35	1,48	1,08	1,62
Cuartil 1	6,68	5,33	7,55	5,83	4,18	4,70	7,32	6,55	7,49	4,50
Cuartil 3	8,81	7,24	8,96	8,07	8,41	6,84	9,63	8,72	9,04	6,71
Coef. de variación	16,46%	22,74%	17,67%	22,93%	33,31%	26,59%	15,97%	19,76%	13,21%	29,14%

Fuente: Los autores.

La Tabla 2 muestra que los estudiantes de últimos semestres presentan estadísticos en el autoconcepto emocional menores al correspondiente del baremo, mientras en los demás autoconceptos ello no ocurre, observándose además que tales medias se incrementan cuando son comparadas con las de los estudiantes de primeros semestres.

También es importante resaltar la gran homogeneidad de las variables, en particular del autoconcepto físico, académico/laboral y familiar. Únicamente el factor emocional presenta un coeficiente de variación superior al correspondiente del baremo, e incluso superior del 30%.

Tabla 2. Estadísticos de los autoconceptos en estudiantes de últimos semestres y para el baremo correspondiente

Estadístico	Académico / Laboral		Social		Emocional		Familiar		Físico	
	Investig.	Baremo	Investig.	Baremo	Investig.	Baremo	Investig.	Baremo	Investig.	Baremo
Tamaño muestral	21	208	21	830	21	208	21	208	21	208
Promedio	8,26	6,20	7,77	6,89	5,64	5,83	8,75	7,49	8,79	5,56
Mediana	8,50	6,33	8,13	7,08	5,50	5,83	9,17	7,67	9,08	5,67
Desviación estándar	0,97	1,41	1,58	1,58	2,40	1,55	1,07	1,48	0,79	1,62
Cuartil 1	7,75	5,33	6,83	5,83	3,85	4,70	8,22	6,55	8,57	4,50
Cuartil 3	8,85	7,24	8,90	8,07	7,33	6,84	9,53	8,72	9,27	6,71
Coef. de variación	11,77%	22,74%	20,32%	22,93%	42,50%	26,59%	12,23%	19,76%	8,95%	29,14%

Fuente: Los autores.

2) Comparación de la media de cada autoconcepto (académico/laboral, social, emocional, familiar y físico), entre estudiantes de primeros y últimos semestres

Los autoconceptos social, emocional y familiar no pasan el supuesto de normalidad de los datos para los estudiantes de primeros semestres, así como el factor familiar para los de últimos semestres

(Pvalores de 0,01524, 0,03358, 0,00943 y 0,00681, respectivamente), por ello fueron comparados utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, mientras que a los factores académico/laboral y al social se les realizó la prueba f encontrando que las varianzas eran iguales en ambos casos (Pvalores de 0,2086 y 0,1453 para el primero y segundo, respectivamente), posteriormente a tales variables se les comparó mediante la prueba t (Tabla 3).

Tabla 3. Pvalores de las pruebas t o U de Mann-Whitney

Grupos comparados	Académico / Laboral	Social	Emocional	Familiar	Físico
Primeros semestres vs Últimos semestres	0,15586	0,66397*	0,21402*	0,69350*	0,03743

* U de Mann-Whitney.

Fuente: Los autores.

Únicamente se observaron diferencias estadísticas entre las medias para el autoconcepto físico, siendo mayores las de los estudiantes de últimos semestres.

3) Comparación de la media de cada autoconcepto contra la del baremo correspondiente (manteniendo constante el semestre)

Al realizar la prueba de hipótesis para determinar si la media de la población de estudiantes del programa bajo estudio en cada autoconcepto era superior estadísticamente a la del baremo correspondiente, se encontró que efectivamente tales medias eran superiores para los factores académico/laboral, social, familiar y físico (Tabla 4), lo que sugiere deja en evidencia y destaca la necesidad de estandarizar esta prueba para jóvenes universitarios colombianos.

Tabla 4. Pvalores de las pruebas al comparar las medias obtenidas contra el baremo correspondiente

Individuos comparados	Académico / Laboral	Social	Emocional	Familiar	Físico
Estudiantes primeros semestres vs. Baremo	0,00000	0,00055	0,14484	0,00171	0,00000
Estudiantes últimos semestres vs. Baremo	0,00000	0,01194	0,73233	0,00019	0,00000

Fuente: Los autores.

DISCUSIÓN

Para el caso de los estudiantes evaluados de primeros semestres de formación del programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, se observaron estadísticos en los autoconceptos académico/laboral, social, emocional, familiar y físico, superiores a los del valores del baremo correspondiente. Se destaca la mayor diferencia en el caso de los autoconceptos físico, y académico/laboral, así como la poca homogeneidad presentada en relación con el factor emocional.

En este sentido, es preciso reiterar la necesidad de avanzar hacia el establecimiento de baremos propios de la prueba AF5 para Colombia, que permitan cumplir con mayor objetividad el criterio de tipificación del instrumento, desde la realización de un proceso de estandarización de la prueba para las características poblacionales y culturales del país. Al respecto, es importante considerar que una estandarización supone la uniformidad de los procedimientos en la aplicación y calificación de la prueba, así mismo, el reconocer que las pruebas psicológicas no tienen criterios determinados de aprobación o reprobación, el desempeño en cada prueba se evalúa sobre la base de los resultados empíricos, a fin de interpretar el resultado que obtiene el individuo en una prueba este se compara con los resultados de otros individuos en la misma prueba, como lo sugiere el nombre, la norma es el desempeño normal o promedio.

En la perspectiva de contextualizar una prueba de acuerdo con las características de la persona y del ámbito social, y cultural en el que esta se aplica, se considera que durante el proceso de estandarización de un instrumento psicológico este se puede aplicar a una muestra grande y representativa de las personas a las que va dirigido, este grupo conocido como muestra de estandarización, sirve para establecer las normas que indican no solo el desempeño promedio, sino también la frecuencia relativa de las desviaciones

por encima y por debajo del promedio, lo que permite evaluar la superioridad o inferioridad que presenta un individuo respecto al constructo evaluado (22, 23).

La baremación del AF5 (17) se realizó con una muestra de 6483 sujetos, 2859 hombres y 3624 mujeres en el rango de edad de 10 a 62 años, de los cuales 830 individuos constituyeron la muestra de jóvenes universitarios (17), lo que hace pensar en una muestra representativa de la comunidad valenciana, que ciertamente acredita su representatividad en población española. Sin embargo, al aplicar dicho instrumento con población colombiana, se encuentra que las normas originales de la prueba no parecen permitir un análisis con el mismo rigor de tipificación en la muestra de estudiantes colombianos evaluados, a pesar de que ambas poblaciones son representativas de muestras de sujetos hispanohablantes. Esto puede plantearse dado que en esta investigación, la casi totalidad de las estadísticas obtenidas a partir de las puntuaciones de los estudiantes, fueron superiores a las del baremo correspondiente.

Una primera conclusión de los resultados encontrados, permitiría plantear que los estudiantes hombres de primeros semestres del programa de Licenciatura que fueron evaluados, parecen tener niveles relativamente más altos en todos los factores del autoconcepto que se valoraron respecto al baremo de la prueba. Sin embargo, desde una segunda aproximación a este hallazgo tal resultado haría pensar, de manera adicional, en el requerimiento de tipificar la prueba en una muestra de estudiantes universitarios colombianos.

La tipificación de las pruebas psicológicas como criterio de calidad de los instrumentos, se entiende como un aspecto final de su valoración psicométrica, que va ligado a su fiabilidad. En la medida en que la tipificación-baremación es una característica del test que puede incidir sobre la calidad psicométrica del mismo, en cuanto se considera que todo test que intenta situar a un

sujeto con relación a un grupo de referencia debe acreditar que ha sido aplicado a una muestra amplia y significativa de la población con la cual se utilizará posteriormente, o con características socioculturales equivalentes. Se constituye así en un reto para posteriores investigaciones avanzar sobre la baremación del AF5, a fin de poder determinar la fiabilidad del test en unos u otros grupos de población universitaria de la ciudad y del país (16).

Los resultados obtenidos en los que las puntuaciones de la muestra de estudiantes evaluados se diferenciaron en mayor medida del baremo de la prueba, fueron presentados a nivel del factor de autoconcepto físico, lo que parece coincidir con los resultados encontrados en un estudio realizado en 2011, el cual tuvo como objetivo conocer el nivel de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico de universitarios chilenos con una muestra de 691 sujetos, en el que también se encontró que el grupo de adolescentes universitarios en relación con la capacidad física pareció tener una ligera ventaja sobre los estudiantes más jóvenes y sobre las personas adultas con relación a este factor (24).

Asimismo, al ser las puntuaciones obtenidas en el factor físico las que más se diferencian del baremo de referencia, parece validarse en la medida en que el programa evaluado de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deporte tiene como objetivo de formación el entrenamiento deportivo y la formación de hábitos y estilos de vida saludables (10). Dicho resultado confirma lo ya enunciado en otra investigación, que tuvo como objetivo identificar las relaciones existentes entre autoconcepto físico, bienestar psicológico, y otras variables como la salud subjetiva, el consumo de alcohol y tabaco, y la actividad física, en una muestra de 539 estudiantes de 12 a 23 años, incluida población de dos instituciones universitarias, en la que se logró establecer que el autoconcepto físico guarda relación con los estilos de vida saludables,

objeto de enseñanza de la carrera profesional de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deporte (25).

En esta misma línea puede señalarse que la diferencia encontrada, en la que se destaca el mayor desempeño de la muestra evaluada para el caso del factor del autoconcepto físico, parece coincidir con los hallazgos de un estudio realizado en 1999, con 262 hombres y con 429 mujeres con edades comprendidas entre 17 y 30 años, cuyo objetivo fue analizar las propiedades psicométricas del AF5 (18, 26). En este estudio se revisó la estructura dimensional de la prueba mediante un análisis factorial confirmatorio, en el que se encontró que el factor físico del AF5 permite evaluar dos aspectos fundamentales, una dimensión relacionada con la capacidad física del individuo, su potencia y habilidad, faceta que estaría muy orientada a la práctica deportiva o tendría a esta como referencia importante. La otra faceta evaluada fue la de la imagen o apariencia física que se relaciona con la capacidad de sentirse bien con el aspecto físico, la belleza, apariencia o elegancia (27, 28), aspectos que parecen estar directamente relacionados con el objeto de estudio de la carrera de pregrado con la que se realizó la presente investigación (10).

Es importante señalar que aunque diferentes estudios establecen a nivel del autoconcepto físico diferencias de género (8, 16, 26, 29), en la presente investigación no fue posible determinar tal resultado dado que se trabajó con una muestra por conveniencia integrada solo por el género masculino, sin embargo, es importante señalar que la mayoría de estudios y de literatura especializada, reportan el mejor desempeño de los hombres a nivel del autoconcepto físico. En este sentido en un estudio realizado en estudiantes de Educación Física, que tuvo como objetivo encontrar las posibles diferencias en las dimensiones del autoconcepto físico, según el género y la edad en el área de Educación Física, en el que participaron 574 estudiantes de una comunidad valenciana, con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años, se

encontraron diferencias en diversas dimensiones del autoconcepto físico con un desempeño superior de los hombres respecto a las mujeres, en variables como la habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza (30).

Se evidencia para los estudiantes evaluados de primeros semestres poca homogeneidad en el factor emocional, lo que permite plantear que los estudiantes que ingresan y se encuentran cursando los primeros semestres de las carreras de Licenciatura en Educación Básica, con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, parecen ser muy diferentes en relación con la percepción que tienen de su propio estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas con algún grado de implicación en su vida cotidiana.

En el caso de los estudiantes de últimos semestres, se evidencia aumento en las medias para el caso de todos los factores del autoconcepto, con respecto a las puntuaciones obtenidas en primeros semestres, a excepción del factor emocional que permitió ubicar a los estudiantes ligeramente por debajo de la media, sin que se presentara significancia clínica en este resultado, en la medida en que dicho patrón de referencia tiene para este factor una desviación estándar de 1,55 (17). Este resultado podría estar indicando el posible efecto del proceso de formación en el incremento del autoconcepto en las diferentes dimensiones: académico/laboral, social, familiar y físico, respectivamente. Los resultados encontrados parecen confirmar el efecto de la disciplina, y/o la formación profesional, sobre el autoconcepto en especial en relación con los factores académico/laboral, familiar y físico.

A medida que se avanza en la carrera profesional, se incrementa el promedio a nivel de autoconcepto académico/laboral, lo que coincide con los resultados encontrados en algunos de sus estudios por García y Musitu (17) en los que se reporta que la cima del factor académico/laboral se alcanza con la finalización de la carrera profesional y con la integración en el mundo del trabajo.

El autoconcepto familiar, a su vez, se entiende como la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se relaciona con el afecto y la confianza establecida en la relación con los padres, así como con la percepción de felicidad y apoyo que se percibe en la familia y el hogar. En la presente investigación se encontraron diferencias significativas a nivel de este factor entre estudiantes de primeros y últimos semestres, lo que parece evidenciar que a medida que se avanza en la carrera profesional parece incrementarse la percepción que tiene el estudiante de su participación e integración en el medio familiar (17).

En especial resulta de interés el incremento en las puntuaciones obtenidas a nivel del factor físico, que parece poder explicarse desde el efecto de la disciplina en la consolidación de este factor del autoconcepto, o desde el avance en edad que representa el mismo tránsito por la carrera hasta su finalización en el caso del género masculino, sin embargo, es importante señalar que la edad no fue una variable de análisis considerada en la presente investigación. No obstante, la revisión de antecedentes permite señalar que el hallazgo en torno al incremento en el desempeño del factor de autoconcepto físico, parece confirmar los resultados encontrados en un estudio en el cual estudiantes universitarios hombres presentan mayor nivel de autoconcepto físico entre las diferentes dimensiones o factores del autoconcepto que pueden ser evaluadas (31). Así mismo, coincide con otros hallazgos que describen un mejor desempeño a nivel del autoconcepto físico para el caso de los hombres (1, 32, 33) respecto a las demás dimensiones del constructo.

Es importante tener en cuenta que aunque no se consideró la edad como una variable de análisis, el mismo tránsito por la carrera profesional hasta su finalización, permite señalar que para el caso de los estudiantes hombres de últimos semestres evaluados, parece ser que una vez se avanza

hacia la finalización de la carrera profesional en los últimos semestres de formación, se evidencia un incremento en las puntuaciones en el factor físico. Este resultado se distancia de lo señalado en algunos estudios que apoyan la tesis de que el autoconcepto físico va sufriendo un descenso en algunas de sus dimensiones desde la pre-adolescencia hasta la edad adulta (31, 34-37). También parece validar las hipótesis desde la cuales otros estudios no encuentran esos descensos y en los que las diferentes dimensiones muestran una pauta evolutiva propia (34). De este modo, las conclusiones obtenidas en los estudios que hacen referencia a las relaciones de la edad con los dominios del autoconcepto físico aún siguen siendo contradictorias, y representan una limitación en la interpretación de los resultados en la presente investigación.

Al hacer la comparación de los resultados obtenidos entre los estudiantes de primeros y últimos semestres evaluados de la carrera de la Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, se encuentra que únicamente se observan diferencias en las medias del autoconcepto físico, siendo mayores las medias de los estudiantes de últimos semestres. Este hallazgo probablemente puede ser explicado desde el mismo objeto de estudio de la carrera, que es el que guía el direccionamiento del proceso formativo (25), de modo que desde una carrera profesional enfocada en la formación deportiva y la práctica de estilos de vida saludables, se esperaría que pudiera observarse el efecto de la disciplina o de la formación profesional en el incremento en las puntuaciones obtenidas en este factor. Si el autoconcepto físico es entendido como la percepción que tiene el sujeto de su aspecto y condición física (17), se espera que sea trabajado y promovido desde espacios de formación que se desarrollan en la carrera, y que buscarían el trabajo intencionado en torno a la imagen corporal, la práctica deportiva, y la condición física, entre otros aspectos de interés en la formación (30).

Se observó para los estudiantes evaluados de los últimos semestres homogeneidad en las variables consideradas de autoconcepto académico/laboral, familiar y físico. Lo anterior, permite plantear que los estudiantes que finalizan su formación profesional y están próximos a su egreso de la carrera de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, tienden a tener condiciones de egreso similares en relación con estos tres factores. Es decir, en relación con la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, de su implicación, participación e integración en el medio familiar, así como a la percepción que el sujeto tiene de su aspecto y condición física (17). Únicamente el factor emocional presentó un coeficiente de variación superior al correspondiente del baremo, e incluso superior del 30%, lo que parece indicar que los estudiantes egresan siendo muy diferentes en relación con la percepción que tienen de su propio estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas con algún grado de implicación en su vida cotidiana (17).

El factor que parece ser más heterogéneo durante el transcurso de toda la carrera, en los estudiantes de primeros y últimos semestres evaluados, es el relativo a la dimensión emocional. Esto parece confirmar las diferencias existentes en la forma como los estudiantes evaluados perciben sus estados y respuestas emocionales, así como un relativo bajo desempeño en esta variable respecto al baremo cuando se está finalizando la carrera. Este resultado se distancia de lo encontrado en un estudio realizado en 2008, con 120 estudiantes universitarios españoles, en el que se buscó comprobar si la inteligencia emocional percibida actúa como factor moderador del ajuste emocional, en el que se estableció que en general los estudiantes mayores y de últimos semestres de formación presentaron menores niveles de ansiedad, depresión, inutilidad, irritabilidad y problemas de pensamiento, que los estudiantes de menor edad o de primeros semestres. Esto posiblemente refleja que con el avance en la edad

se van adquiriendo destrezas emocionales, propias del factor de autoconcepto emocional (38), aunque no obstante, no pueden establecerse conclusiones contundentes al respecto (7).

Por último, se señala que los estudiantes del programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, de la Universidad de Caldas, en promedio son diferentes en sus valores de autoconcepto a los del baremo de la prueba, en los factores académico/laboral, social, familiar y físico, lo que parece confirmar la necesidad de realizar posteriores investigaciones que permitan tener baremos propios para la ciudad, y en general, favorecer el desarrollo de trabajos de tipificación de la prueba para el país.

CONCLUSIONES

Este estudio permite afirmar que los estudiantes de los primeros y últimos semestres del programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes de la Universidad de Caldas, tienen un buen nivel de autoconcepto en casi todos los factores medidos: académico/laboral, social y familiar. Asimismo, se destaca el alto puntaje obtenido a nivel del autoconcepto físico que se hace más fuerte en los últimos semestres de la carrera, en lo cual parece evidenciarse el efecto del proceso de formación de los estudiantes a nivel del desempeño en este factor.

Los estudiantes de últimos semestres, presentan una puntuación por debajo de media del baremo para el factor emocional, sin llegar a dos desviaciones estándar, sin embargo, dicho resultado podría ser indicador de la necesidad de trabajar sobre la percepción que el sujeto tiene de su estado y

respuestas emocionales, como parte del proceso de formación liderado desde la carrera.

Es importante tener en cuenta que como el factor emocional es el autoconcepto que puntúa más bajo en esta investigación, se hace evidente la necesidad de trabajar desde el programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, diferentes espacios de formación humana que fortalezcan esta dimensión y promuevan una mejor percepción en los estudiantes de sus estados y respuestas emocionales.

Tomando en cuenta la importancia del autoconcepto como constructo psicológico, es prioritario continuar con procesos de investigación que permitan la estandarización del instrumento AF5 en el contexto nacional, a fin de poder desarrollar normas para los sujetos colombianos.

Finalmente, la trascendencia del factor físico en el desarrollo del autoconcepto, hace relevante considerar posteriores investigaciones en las que se establezcan las posibles correlaciones de este factor con otras variables como la edad, el género, la práctica deportiva, el tiempo de práctica, el tipo de práctica, la imagen corporal, en el análisis de diferentes grupos poblacionales de interés para este constructo como podrían ser atletas de élite, y deportistas de alto rendimiento.

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores del presente estudio expresan su agradecimiento a los estudiantes del programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, a los docentes y dirección del programa que colaboraron en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pantoja A, Alcaide M. La variable género y su relación con el autoconcepto y el rendimiento académico del alumnado universitario. *Revista científica y electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del Conocimiento*. 2013; 13(1):124-140.
2. Ghazvini S. Relationships between academic self-concept and academic performance in high school students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 15:1034-1039.
3. Obilor I. Interaction between self-concept, and mathematics, English language and general academic achievement of senior secondary students in Port Harcourt. *Journal of Educational and Social Research*. 2011; 1(4):39-46.
4. Paiva M, Lourenço A. Rendimento acadêmico: Influência do autoconceito e do ambiente de sala de aula. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2011; 27:393-402.
5. Costa S, Taberno C. Rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria obligatoria según género. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2012; 3(2):175-193.
6. Marín L. El sentido del trabajo como eje estructurante de la identidad personal y social: el caso de jóvenes argentinos. *Fundamentos en humanidades*. 2004; 5(2):43-52.
7. Ayerra Larráyo S. Autoconcepto y autoestima. Factores determinantes para el logro del bienestar personal en la Educación positiva. Universidad pública de Navarra [Internet] [serie en línea] [citado 9-02-2013]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8106/TFG%20FINAL.pdf?sequence=1>
8. Ballester L, March C, Orte C. Autoconcepto, estilos de afrontamiento y conducta del alumnado universitario. *Aposta - Revista de Ciencias Sociales*. 2006; 27:1-22.
9. Gargallo B, Garfella P, Sánchez F, Ros C, Serra B. Influencia del autoconcepto en el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *REOP*. 2009; 20(1):16-28.
10. Programa de Licenciatura en Educación básica con énfasis en Educación física, recreación y deportes – Universidad de Caldas. Datos académicos del programa. Manizales. 2013 [Internet] [serie en línea] [citado 12-12-2013]. Disponible en: <http://www.ucaldas.edu.co/aspirantes/pregrados.php?k=15>
11. Goñi-Palacios E. Autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad. Departamento de Psicología Educativa y de la Educación. Editorial del País Vasco; 2009.
12. Gargallo B, Suárez G, García E, Sahuquillo P. Autoconcepto en estudiantes universitarios excelentes y en estudiantes medios. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2012; 60:1-15.
13. Polo M, López M. Autoconcepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva y motora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2012; 44(2):87-98.
14. Fuentes M, García J, Gracia E, Lila M. Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*. 2011; 23(1):7-12.
15. Salum-Fares A., Marín Aguilar R, Reyes Anaya C. Relevancia de las dimensiones del autoconcepto en estudiantes de escuelas secundarias de ciudad Victoria, Tamaulipas, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2011; 2(14):255-272.
16. Veliz-Burgos A, Apodaca-Urquijo P. Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica, y bienestar psicológicos en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Revista Salud & Sociedad*. 2012; 3(2):131-150.
17. García F, Musitu G. AF5 Autoconcepto Forma 5. Madrid: Ediciones TEA; 2009. p. 6, 10, 14-17, 19-20, 34.
18. García F, Musitu G. Autoconcepto Forma 5. Madrid: Ediciones TEA; 1999.

19. Ospina D. Introducción al muestreo. Santa Fe de Bogotá: Ediciones Universidad Nacional de Colombia; 2001.
20. Sheskin DJ. Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures. Boca Raton, Florida: Chapman & Hall/CRC, Taylor & Francis Group; 2007.
21. Walpole R, Myers R, Myers S, Ye K. Probabilidad y estadística para ingeniería y ciencias. Novena edición. México: Pearson educación; 2012.
22. Anastasi A, Urbina S. Test Psicológicos. México: Editorial Prentice Hall; 1998.
23. Aiken L. Test psicológicos y evaluación. México: Pearson; 2003.
24. García M, Magaz A. ¿Cómo evaluar test psicométricos? Errores conceptuales y metodológicos en la evaluación psicoeducativa. España: Grupo ALBOR - COHS; 2009.
25. Rodríguez A, Goñi A, Ruiz de Azúa S. Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. Revista intervención psicosocial. 2006; 15(1):81-94.
26. Veliz-Burgos A, Apodaca-Urquijo P. Dimensiones del autoconcepto en estudiantes chilenos. Revista Educativa Hekademos. 2012; 11:47-58.
27. Rodríguez A. El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. Revista de Psicodidáctica. 2009; 14(1):155-158.
28. Esnaola I, Rodríguez A, Goñi E. Propiedades psicométricas del cuestionario de autoconcepto AF5. Revista Anales de Psicología. 2010; 27(1):109-117.
29. Ruiz de Azúa S. Autoconcepto físico: estructura interna, medida y variabilidad. Bilbao: UPV/EHU; 2007.
30. Soriano J, Navas L, Holgado F. El autoconcepto físico y su relación con el género y la edad en estudiantes de Educación física. Revista Apuntes de Educación Física y Deportes. 2011; 106(4):36-41.
31. Esnaola I. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. Revista Anales de Psicología. 2008; 24(1):1-8.
32. Videra-García A, Reigal-Garrido R. Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. Revista Anales de Psicología. 2013; 29(1):141-147.
33. Revuelta L, Esnaola I, Goñi A. El autoconcepto físico como determinante de la actividad físico-deportiva durante la adolescencia. Revista Behavioral Psychology. 2013; 21(3):581-601.
34. García F, Musitu G. Autoconcepto Forma 5. AF5. Manual. Madrid: Ediciones TEA; 2001.
35. Moreno JA, Cervelló E, Moreno R. Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2008; 8(1):171-183.
36. Molero D, Zagalaz-Sánchez M, Cachón-Zagalaz J. Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. Revista de Psicología del Deporte. 2013; 22(1):135-142.
37. Zamarripa Rivera J, Ruiz Juan F, López Walle J, Fernández Baños R. Actividad e inactividad física durante el tiempo libre en la población adulta de Monterrey (Nuevo León, México). Revista Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2013; 24:91-96.
38. Jiménez M, López-Safra E. El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Revista Boletín de Psicología. 2008; 93:21-39.

SATISFACCIÓN DE USUARIAS DEL CONTROL PRENATAL EN INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y FACTORES ASOCIADOS. CARTAGENA

*Irma Yolanda Castillo Ávila**
*María Paula Villarreal Villanueva***
*Elizabeth Olivera Correa***
*Alba Pinzón Consuegra***
*Heidy Carrascal Soto***

Recibido en febrero 25 de 2014, aceptado en marzo 24 de 2014

Citar este artículo así:

Castillo Ávila IY, Villarreal Villanueva MP, Olivera Correa E, Pinzón Consuegra A, Carrascal Soto H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Hacia promoc. salud. 2014; 19(1):128-140.

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados a la satisfacción de usuarias de servicios de control prenatal en instituciones de salud de primer nivel de la red pública de Cartagena. **Materiales y método:** Se realizó un estudio analítico, con una muestra de 712 embarazadas de bajo riesgo atendidas en 25 instituciones públicas de Cartagena y seleccionadas por muestreo estratificado. Para la recolección de información se utilizó la “Encuesta de satisfacción de usuarios externos de los servicios ambulatorios en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS”, propuesta y avalada por la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud. Además, fueron calculadas razones de disparidad para estimar la relación entre las variables. **Resultados:** El promedio de edad de las 712 embarazadas participantes fue de 23 años (DE = 4,9 años), la mayor proporción pertenecientes al estrato 1 [53,7% (382)]. El 84% (598) manifestaron sentirse satisfechas con el servicio que recibieron en la IPS donde fueron atendidas. Son factores asociados a la satisfacción, el buen trato por parte de enfermería (OR = 48,204 - IC 95% = 14,943-155,501) y proceder del área urbana (OR = 8,954 - IC 95% = 5,251-15,267). **Conclusión:** La buena percepción de las usuarias, en relación a la interacción con el profesional que las atiende, es un factor determinante para estar satisfecha y puede favorecer la adherencia de estas al cuidado prenatal, independiente de otros factores relacionados con la calidad de los servicios de salud.

Palabras clave

Satisfacción del paciente, atención prenatal, servicios de salud, mortalidad materna, salud de la mujer (fuente: DeCS, BIREME).

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

** Enfermera. Universidad de Cartagena, Colombia.

USERS SATISFACTION WITH PRENATAL CONTROL IN HEALTH PUBLIC INSTITUTIONS AND ASSOCIATED FACTORS. CARTAGENA

Abstract

Objective: To determine the factors associated with users' satisfaction with prenatal care services in health public institutions in Cartagena. **Materials and Methods:** An analytical study was conducted with a sample of 712 low-risk pregnant women attended in 25 public institutions in Cartagena and selected through stratified sampling. The "satisfaction survey for external users of ambulatory services in institutions providing health services, IPS, proposed and supported by the National Health Service Superintendence was used to collect information. In addition, odd ratios were calculated in order to estimate the relationship between the variables. **Results:** The average age of the 712 pregnant participants was 23 years (SD = 4.9 year), the highest proportion belonging to stratum 1 [53.7% (382)]. Eighty-four per cent (84%, 598 patients) reported being satisfied with the service they received in the IPS where they were treated. These are factors associated with satisfaction, good treatment by nurses (OR = 48.204 - 95% CI = 14.943-155.501) and to the fact that they came from urban areas (OR = 8.954 - 95% CI = 5.251-15.267). **Conclusion:** The good perception of users in relation to the interaction with the professionals attending them is a determining factor to be satisfied and may favor their adherence to prenatal care, independently from other factors related to the quality of health services.

Key words

Patient satisfaction, prenatal care, health services, maternal mortality, women's health (*source: DeCS, BIREME*).

SATISFAÇÃO DE USUARIAS DO CONTROLE PRÉ-NATAL EM INSTITUÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA E FATORES ASSOCIADOS. CARTAGENA

Resumo

Objetivo: Determinar os fatores associados à satisfação de usuárias de serviços de controle pré-natal em instituições de saúde de primeiro nível da rede pública de Cartagena. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo analítico, com uma amostra de 712 grávidas de baixo risco atendidas em 25 instituições públicas de Cartagena e selecionadas por amostragem estratificada. Para a colheita de informação se utilizou a "Enquete de satisfação de usuários externos dos serviços ambulatoriais em instituições Prestadoras de Serviços de Saúde IPS", proposta e avaliada pela Superintendência Nacional de Serviços de Saúde. Além, foram calculadas razões de disparidade para estimar a relação entre as variáveis. **Resultados:** A meia de idade das 712 grávidas participantes foi de 23 anos (DE = 4,9 anos), a maior proporção pertencentes ao estrato 1 [53,7% (382)]. O 84% (598) manifestaram sentir-se satisfeitas com o serviço com o serviço que receberam com a IPS onde foram atendidas. São fatores associados à satisfação, o bom trato por parte da enfermeira (OR = 48,204 - IC 95% = 14,943-155,501) e proceder do área urbana (OR = 8,954 - IC 95% = 5,251-15,267). **Conclusão:** A boa percepção das usuárias, em relação à interação com o profissional que as atende, é um fator determinante para estar satisfeita e pode favorecer a aderência destas ao cuidado pré-natal independente de outros fatores relacionados com a qualidade dos serviços de saúde.

Palavras chave

Satisfação do paciente, atenção pré-natal, serviços de saúde, mortalidade materna, saúde da mulher (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La atención en salud de buena calidad puede representar para el usuario la consecuente satisfacción con el servicio. Esta, a su vez, depende en gran medida de la interacción con el personal de salud, el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la oportunidad de acceder a atención y, sobre todo, de que obtenga solución al problema que desencadena la búsqueda de atención (1). Desde la década de los ochenta, es creciente la importancia de conocer la perspectiva del usuario con respecto a los servicios de salud (2, 3). La medida de la satisfacción con los servicios, en la actualidad, se considera uno de los resultados más importantes a la hora de prestar servicios, puesto que influye de manera determinante en el hecho de que un usuario procure la atención, acuda a recibirla, siga las instrucciones del prestador relacionadas con su propio cuidado, regrese a solicitar nuevamente el servicio y recomiende su uso a otras personas (4-6).

En el mundo la atención prenatal es una prioridad que engloba una serie de estrategias destinadas a optimizar los resultados del embarazo (7). Por esto, un servicio de salud que requiere para su éxito continuidad y seguimiento de las usuarias es el control prenatal. Mediante el control prenatal se vigila la evolución del embarazo y se prepara a la madre para el parto. Además, supone la implementación de acciones como la educación en salud para la mujer embarazada y su familia, fomento del autocuidado en la mujer como un factor importante para la reducción de los riesgos (7, 8). La inasistencia a este control puede generar complicaciones en el embarazo y traer consecuencias irreversibles para la madre y el hijo (9).

En Colombia, según la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del embarazo, la atención prenatal implica un conjunto de actividades destinadas a la identificación de los riesgos relacionados con el embarazo, a fin de lograr

una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones (10). Además, implica un conjunto de acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (7). Esta última, es un problema importante de salud y refleja las condiciones de desarrollo, educación y salubridad de un área específica (11). Para el caso colombiano representa en la actualidad el 35,2% en la razón de mortalidad. En la ciudad de Cartagena se ha reportado una disminución de este evento, sin embargo, la cifra de 44,58 por cada 100.000 nacidos vivos, presenta una tendencia de aumento para la semana epidemiológica 15 del año 2013, en relación al mismo periodo del año inmediatamente anterior, por tanto, es motivo de preocupación para las autoridades sanitarias de la ciudad (12, 13).

Las usuarias de los servicios de control prenatal, pueden estar satisfechas con los servicios y tener una actitud positiva para cumplir con las consultas, cuando se conjugan múltiples factores. Algunos autores (14, 15) resaltan aspectos asociados a la satisfacción, que se derivan de los procesos de atención; entre estos se destacan: el elevado tiempo de espera para la consulta y la falta de educación en salud como las principales causas de insatisfacción. Así mismo, la inadecuada higiene de algunas áreas del servicio, el desconocimiento de los signos y síntomas de riesgo y la falta de medicamentos fueron las principales limitaciones para una mejor percepción de la satisfacción de las usuarias con los servicios (14).

Ortiz y colaboradores (16) en un estudio realizado en 15 hospitales de México, encontraron que la percepción de mala calidad asociada con la insatisfacción fue 10,8% ($p < 0,05$). El 18,5% refirieron insatisfacción y deseo de no regresar a solicitar atención al mismo hospital, de estos el 65% se asociaron con omisiones de información sobre su padecimiento, actitud poco amable del médico, trámite de consulta complicado y ausencia de algunos espacios físicos.

Por todo lo anterior, dada la necesidad de determinar aquellas variables relacionadas a la satisfacción de las usuarias del servicio de control prenatal, como una estrategia fundamental para ayudar al mejor cumplimiento de las consultas, mejor seguimiento de las recomendaciones sobre el autocuidado y la consecuente disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal, este estudio se propuso determinar los factores asociados a la satisfacción de usuarias del control prenatal de las instituciones públicas de salud de primer nivel en la ciudad de Cartagena.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo analítico, con diseño de encuesta de prevalencia o encuesta transversal (17). La población de referencia la conformaron 2.253 mujeres atendidas en 25 instituciones públicas que ofrecen el servicio de control prenatal en la ciudad de Cartagena. Se estimó un tamaño de muestra de 712 mujeres embarazadas, utilizando la fórmula para el cálculo de muestra en poblaciones finitas; $n = [(Z^2 PQN) / ((e^2 N) + (PQ(Z)^2))]$ y teniendo como parámetros, un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), una proporción esperada del evento de 50% ($P = 0,5$) y un margen de error del 3% ($e = 0,03\%$). Además, se ajustó el tamaño a un 10% de pérdidas. Las embarazadas fueron seleccionadas por un muestreo bietápico, estratificado de acuerdo al número de mujeres atendidas en cada institución y por muestreo aleatorio sistemático, después de salir de la consulta. Fueron incluidas mujeres gestantes de bajo riesgo, que sabían leer y escribir y respondieron a encuestas anónimas, previa explicación y firma de consentimiento informado.

Para la realización de esta investigación se utilizó una ficha sociodemográfica, diseñada por el grupo investigador, y la encuesta de satisfacción de usuarios externos denominada: “Encuesta de satisfacción de usuarios externos los servicios ambulatorios en Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud IPS”, propuesta y avalada por la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud. Esta encuesta es utilizada por la empresa social del Estado del distrito para evaluar la satisfacción general y para la investigación, fue revisada y evaluada por tres expertos investigadores en el tema, estos realizaron validez de apariencia (18) para determinar el grado de aceptación de la escala, posterior a una prueba piloto. Esta encuesta evalúa seis dimensiones que incluyen: derechos y deberes, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación y ejecución del cuidado y tratamiento, salida y seguimiento y percepción sobre ambiente físico de la institución. Además, presenta una subescala que mide el nivel de satisfacción global y se evaluó de 1 a 4 en las características de malo, regular bueno y excelente (19, 20).

Los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para su posterior análisis en el paquete estadístico SPSS versión 17.0®, con licencia para el grupo de investigación. Fueron elaboradas tablas y gráficos y se calcularon frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central; además, de Odds Ratio (OR) para determinar la relación entre las variables.

Esta investigación se basó en los lineamientos éticos de la Declaración Internacional de Helsinki y los consignados en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (21).

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las mujeres participantes

Participaron en el estudio 712 mujeres gestantes de bajo riesgo, el 86,8% (618) pertenecen al área urbana y el 53,7% (382) son de estrato 1. En cuanto al estado civil, 54,8% (390) viven en unión libre y 31,2% (222) son solteras. El 57,3% (408) han cursado hasta la secundaria y con relación a la

ocupación el 66,7% (475) son amas de casa. Las encuestadas han tenido un promedio de antigüedad de afiliación en salud de 2,4 años. El 91,4% (651) han asistido antes a control prenatal y han tenido en promedio 2 embarazos. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según características sociodemográficas de las participantes del estudio. Cartagena, 2012.

Procedencia	N	%
Rural	94	13,2
Urbana	618	86,8
Estado civil	N	%
Casada	88	12,4
Soltera	222	31,2
Union libre	390	54,8
Separada	11	1,5
Viuda	1	0,1
Escolaridad	N	%
Ninguno	7	1,0
Primaria	140	19,7
Profesional	13	1,8
Secundaria	408	57,3
Técnico	144	20,2
Estrato	N	%
1	382	53,7
2	261	36,7
3	69	9,7
Ocupación	N	%
Independiente	24	3,4
Desempleada	52	7,3
Empleada	161	22,6
Ama de casa	475	66,7
Trimestre de gestación	N	%
Primer	259	36,4
Segundo	280	39,3
Tercer	173	24,3
TOTAL	712	100,0

Fuente: Encuestas del estudio.

Descripción de las variables asociadas a la satisfacción

Percepción de cumplimiento de derechos y deberes. De las 712 mujeres encuestadas el 52,3% (373) aseguran que no fueron informadas sobre sus derechos y deberes, mientras que el 64% (456) consideraron que sí fueron respetados sus derechos y el 63,1% (449) percibieron como bueno el cumplimiento de los mismos.

Percepción sobre el proceso de registro e ingreso. El 68,1% (485) de las encuestadas dicen que sí recuerdan el nombre del funcionario que las atendió. En cuanto al trato recibido el 88,9% (633) manifestaron que fueron amables con ellas, así mismo calificaron en un 43,7% (311) como bueno el tiempo que tuvieron que esperar para poder ser atendidas, el 75,8% (540) consideraron como bueno el funcionario que las atendió.

Evaluación de necesidades al ingreso. Del total de encuestadas el 74,4% (530) respondieron que sí habían sido aclaradas sus dudas respecto al plan de atención. La atención fue considerada como rápida y oportuna para el 72,5% (516) y fue buena la información recibida para el 83% (591).

Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento. Al indagar si fueron atendidas en condiciones de privacidad y respeto, el 90,3% (643) respondieron que sí cumplieron con este requisito, el 92% (655) fueron informadas sobre su estado de salud, la atención por parte del personal de enfermería fue calificada como buena por un 86,2% (614), finalmente al preguntarles si la atención que recibieron les ayudó a resolver su problema de salud el 88,1% (627) afirmaron que sí. (Ver Tabla 2).

Salida y seguimiento. De las 712 encuestadas el 90,7% (646) recomendarían y acudirían nuevamente el servicio, un 77,1% (549) no cambiarían los servicios ofrecidos por su

aseguradora y para el 61,4% (437) es bueno el servicio directo de la oficina de atención al usuario.

Percepción sobre el ambiente físico de la institución. El lugar donde son atendidas es considerado como limpio para el 87,1% (620) de las encuestadas, mientras que el ambiente físico en general es percibido como bueno para el 70,8% (504) de las usuarias.

Nivel de satisfacción global. Se sintieron satisfechas respecto a los servicios ofrecidos por su IPS el 84% (598) de las mujeres participantes. (Ver Tabla 3).

Análisis bi-variado entre la satisfacción de las usuarias y algunas variables sociodemográficas estudiadas

Procedencia. Proceder de un área urbana se asocia a una mayor probabilidad de que las usuarias estén satisfechas con la información que reciben de sus derechos y deberes (OR = 2,586 - IC 95% = 1,63-4,08), el tiempo de espera para ser atendidas (OR = 2,60 - IC 95% = 1,64-4,13), la información que reciben durante el proceso de atención (OR = 1,76 - IC 95% = 1,00-3,09), la atención recibida por el personal de salud (OR = 3,79 - IC 95% = 2,30-6,25), el servicio directo de oficina (OR = 3,41 - IC 95% = 2,12-5,50) y con la percepción que tienen las usuarias del ambiente físico (OR = 3,65 - IC 95% = 2,20-6,07).

Nivel educativo. Las mujeres con mayor nivel educativo (superior o igual a la básica primaria) tienen más probabilidades de estar satisfechas con la información que reciben de sus derechos y deberes (OR = 1,06 - IC 95% = 1,08-2,38), el tiempo de espera para ser atendidas (OR = 1,61 - IC 95% = 1,08-2,39), la información recibida por el personal que las atiende (OR = 2,05 - IC 95% = 1,26-3,33), el servicio directo de oficina (OR = 2,48 - IC 95% = 1,66-3,72).

Tabla 2. Distribución planeación y ejecución del cuidado y tratamiento de las participantes del estudio. Cartagena, 2012.

¿Satisfecho con el tiempo que esperó para la atención?	N	%
No	347	48,7
Sí	365	51,3
¿Lo atendieron en condiciones de privacidad y respeto?	N	%
No	69	9,7
Sí	643	90,3
¿Le informaron acerca de su estado de salud?	N	%
No	57	8,0
Sí	655	92,0
¿Le informaron sobre los procedimientos realizados?	N	%
No	79	11,1
Sí	633	88,9
¿La atención le ayudó a resolver el problema de salud?	N	%
No	85	11,9
Sí	627	88,1
¿Cómo califica el trato recibido por el médico?	N	%
Bueno	574	80,6
Excelente	30	4,2
Malo	22	3,1
Regular	86	12,1
¿Cómo califica el trato recibido por enfermería?	N	%
Bueno	614	86,2
Excelente	31	4,4
Malo	18	2,5
Regular	49	6,9
Calificación de la atención recibida	N	%
Bueno	568	79,8
Excelente	39	5,5
Malo	22	3,1
Regular	83	11,7
TOTAL	712	100,0

Fuente: Encuestas del estudio.

Tabla 3. Distribución de satisfacción global de usuarias participantes del estudio. Cartagena, 2012.

Respecto al servicio recibido de la IPS usted se siente	N	%
Muy insatisfecho	5	0,7
Insatisfecho	76	10,7
Satisfecho	598	84,0
Muy satisfecho	33	4,6
TOTAL	712	100,0

Fuente: Encuestas del estudio.

Nivel socioeconómico. Las mujeres que pertenecen a los estratos 2 y 3 tienen más probabilidades de estar satisfechas con la información que reciben de sus derechos y deberes (OR = 2,33 - IC 95% = 1,65-3,29), con el tiempo de espera para ser atendidas (OR = 2,32 - IC 95% = 1,64-3,28), la información recibida durante el proceso de atención (OR = 1,69 - IC 95% = 1,06-2,70), el servicio directo de oficina (OR = 2,57 - IC 95% = 1,81-3,65) y con el ambiente físico (OR = 5,34 - IC 95% = 3,41-8,36).

Análisis multivariado para explicar la satisfacción de las usuarias del servicio de control prenatal

Las variables que resultaron significativas en el análisis bi-variado y otras variables relacionadas con el proceso de atención, tales como: procedencia, nivel educativo, nivel socioeconómico, tiempo de espera, información recibida, información sobre derechos y deberes, trato recibido por el médico y el trato recibido por la enfermera, fueron sometidas a un análisis multivariado y se encontró que los factores que explican la satisfacción de las usuarias del servicio de control prenatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública de Cartagena fueron: proceder del área urbana y recibir buen trato por parte del personal de enfermería. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Variables explicativas de la satisfacción de las usuarias del control prenatal en instituciones de la red pública de Cartagena, 2012.

VARIABLES	OR	IC 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Vivir en el área urbana	8,954	5,251	15,267
Buen trato de la enfermera	48,204	14,943	155,501

Prob. Hosmer y Lemershow > 0,05.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

La relación entre el personal administrativo y de salud en una institución, se considera un aspecto muy importante al momento de ofrecer un servicio con calidad, de tal forma que el usuario que utiliza dicho servicio se sienta satisfecho con la atención y, por supuesto, con el trato recibido (22-24).

Conocer la procedencia de las usuarias a quienes se les ofrece el servicio de control prenatal, es importante porque este aspecto puede ser influyente en la percepción de satisfacción con respecto al servicio. En Cartagena, la mayoría de las usuarias que asisten al programa de control prenatal en las instituciones públicas de primer nivel son de procedencia urbana, este hallazgo resulta relevante, en la medida en que muestra diferencias significativas con los resultados obtenidos en un estudio realizado por Reyes y colaboradores para evaluar la percepción de la atención recibida, en México (25) y donde se reporta una distribución equitativa de la procedencia de los usuarios de los servicios. Pese a esto, se resalta que la procedencia de zonas de más difícil acceso, se convierte en un factor para la buena atención y una mejor percepción de la calidad de los mismos (8, 22).

La satisfacción de los usuarios depende no solo de la relación directa con el personal de salud, sino también de la información que reciben sobre los deberes y el cumplimiento de los derechos, lo cual se relaciona con los sistemas de información con que cuentan las instituciones. En este estudio se encontró que más de la mitad de las usuarias encuestadas no reciben información sobre sus derechos y deberes, contrario a lo reportado por Guix y colaboradores (26), quienes en un estudio realizado en Barcelona encontraron que al 56,87% de los usuarios atendidos, le dieron a conocer sus derechos y deberes como paciente. Estos datos permiten cuestionar las debilidades que tienen las instituciones públicas de primer nivel de Cartagena en el sistema de información, siendo este un aspecto clave para garantizar la oferta de

un servicio con calidad, lograr la consecuente satisfacción y favorecer la utilización (22, 24).

El hecho de que más de la mitad de las usuarias encuestadas, califiquen como regular o malo el tiempo que esperaron para ser atendidas y que a su vez la mayoría se sientan satisfechas con la rapidez y la oportunidad del servicio que reciben, contrasta con el estudio realizado en la ciudad de Bogotá por Castaño (27), quien revela que las usuarias se sienten satisfechas porque esperan en promedio 5 minutos o menos para ser atendidas y consideran que el servicio es rápido y oportuno. Esto pone de manifiesto que en Cartagena, aunque existen diversos factores que generan insatisfacción por el tiempo de espera para la atención, tales factores suelen verse opacados con la atención que reciben una vez las usuarias son intervenidas (23, 25).

En México, en la ciudad de Hidalgo se realizó un estudio para conocer la satisfacción de los usuarios de 15 hospitales (16); considerando la satisfacción como la variable más importante en el proceso de evaluación de la calidad, se encontró que 18,5% de los usuarios refirieron insatisfacción ante los servicios que se les ofrecieron manifestando sus deseos de no volver a solicitar atención a la misma institución de salud. En contraste, las mujeres gestantes que asisten a las IPS públicas de la ciudad de Cartagena afirman que sí acudirían nuevamente y recomendarían el servicio, este aspecto resulta relevante y positivo si se tiene en cuenta la necesidad de continuar regularmente asistiendo a los controles y el beneficio que esto reporta para la salud del binomio madre-hijo (10).

En cuanto a la relación que existe entre el nivel de escolaridad y la satisfacción de las usuarias, se encontró que aquellas gestantes que han cursado estudios superiores a la primaria estaban más satisfechas con la información recibida sobre sus derechos y deberes, el tiempo de espera y el servicio directo de la oficina de atención que aquellas cuya formación académica era inferior. Situación similar a lo que se reporta en Perú según

un estudio realizado por Seclen y colaboradores, donde relacionan el nivel de escolaridad de las usuarias con la satisfacción global, y señalan que las mujeres con mayor educación tiene 3 veces más posibilidades de sentirse satisfechas con relación a las que no tiene estudios (OR = 2,93 - IC 95% = 1,35-8,40) (28).

Otro aspecto relevante que influye en la expectativa de satisfacción por parte de las usuarias que asisten a control prenatal, es la atención recibida por los funcionarios. Las gestantes que asisten al servicio de control prenatal en las instituciones públicas en la ciudad de Cartagena, califican al funcionario como bueno y se sienten satisfechas con la atención recibida. Datos contrarios a lo reportado por un estudio realizado en la ciudad de Bogotá (Colombia) por Castaño (27), que revela la inconformidad de las usuarias frente al trato recibido por el personal. Así mismo, un estudio realizado en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada revela que las usuarias perciben la figura del médico como una autoridad, que tiene en sus manos la curación de los pacientes y por tal motivo se les disculpa que sean distantes, y que en algunas ocasiones no resuelvan las dudas de los pacientes. Lo anterior, supone que las usuarias no asimilan la atención recibida como un derecho y puede implicar insatisfacción y mayor tendencia al abandono del servicio (28).

En el caso de las usuarias de bajo riesgo atendidas en las IPS públicas de Cartagena, el control prenatal es realizado por el profesional de enfermería, siendo llamativo el hecho de que las gestantes se sintieran a gusto y manifestaran preferencias con la atención recibida por el profesional de enfermería, sobre otros profesionales de la salud, convirtiéndose este en el factor más determinante para una mayor percepción de satisfacción. Así mismo, en el estudio realizado en Manizales por Arias y colaboradores (29) la atención por enfermería fue un aspecto determinante para la satisfacción en la consulta de control prenatal. Esta coincidencia refleja que el profesional de enfermería suple

las necesidades de atención y cuidado de forma integral a las mujeres embarazadas, dedica más tiempo a la atención y puede establecer canales de comunicación más horizontales con las usuarias, situación que favorece el ambiente de confianza y comodidad, la consecuente satisfacción y la mayor adherencia a los controles (29).

Es de considerar que el trato que la embarazada recibe de la enfermera y la buena percepción que tiene de este, es fundamental para el cumplimiento de los controles, la fuerte asociación encontrada entre el trato que percibe la usuaria, y la satisfacción con el servicio, es consecuente con lo expresado por algunos investigadores que dan cuenta del abandono y no cumplimiento de algunas usuarias de los controles prenatales por el maltrato que reciben del personal de salud (23, 30).

El hecho de que aunque se asocian a la satisfacción de las usuarias del control prenatal una serie de variables pero se mantenga como la más importante, según lo encontrado en este estudio, el recibir buen trato por parte de enfermería, que es el personal que directamente interactúa con la usuaria, para el caso de estas instituciones, convierte la labor de estos profesionales en una condición fundamental si se quiere ofrecer servicios de salud con calidad y, por ende, tener como resultado usuarias mucho más satisfechas (30, 31).

La gran medida de la satisfacción que es explicada por el buen trato recibido por el personal encargado de la atención, pone de relieve la importancia de propiciar la humanización del cuidado y de un mayor compromiso con la atención integral, en especial de las mujeres embarazadas que deben adherirse y cumplir con los controles prenatales, para detectar tempranamente las alteraciones y reducir los problemas y complicaciones que se pueden derivar de estas, durante el embarazo (32, 33).

La investigación tuvo como fortaleza el haber abarcado una población representativa de

embarazadas, residentes en la ciudad de Cartagena y atendidas en las IPS de carácter público, permitiendo conocer aquellos factores que influyen en la satisfacción de las usuarias de los servicios de control prenatal. Las limitaciones del estudio se relacionan con aquellas propias del auto-reporte.

CONCLUSIONES

La satisfacción de los usuarios constituye uno de los atributos más importantes para la evaluación de la calidad en la prestación de un servicio, sin embargo, existen diversos factores que están asociados a este atributo y de una forma u otra influyen para que los usuarios de manera subjetiva determinen cuáles factores satisfacen

sus necesidades. Dentro de los factores que más influyeron en la satisfacción de los usuarios en el estudio realizado en las instituciones públicas de la ciudad de Cartagena, se encuentran proceder del área urbana y el buen trato por parte del personal de enfermería.

Al relacionar específicamente el trato dado por el personal de enfermería y la satisfacción de las usuarias de los servicios de control prenatal, se halló que las gestantes que lo consideraron como bueno al final manifestaron estar más satisfechas con el servicio que se les ofreció, convirtiéndose así el buen trato dado por el personal de enfermería en el factor asociado más importante a la satisfacción de las usuarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urriago M, Viáfara L, Acevedo M. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. [citado 10 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>
2. Lobo A, Cardemil F, Loezar C, González V, Ortega A. Satisfacción con la atención médica de pacientes hospitalizados en un servicio clínico docente y en uno no docente. *Revista Chilena Salud Pública*. 2012; 16(1):16-25.
3. Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science and Medicine*. 2005; 60(3):501-513.
4. Pezoa M. Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos. Departamento Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud de Chile. [citado Nov 2013]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7317_recurso_1.pdf
5. Pérez J. Política y Estrategia Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente. [citado Oct 2013]. Disponible en: http://www.anvisa.gov.br/servicos/IIseminario_2008/seguridaddelpaciente_opas.pdf
6. Puerto M. La satisfacción de los usuarios en un servicio público de salud (CMS) es variable, en función del trato que reciben por parte del médico. [citado Dic 2013]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/documentos/satisusuarios.pdf
7. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2009; 60(2):165-170.
8. Camarena L, Von C. Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2007; 25(1):40-9.
9. Álvarez M, Hinojosa M, Salvador S, López R, González G, Carbonell I, Pérez R. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2011; 49(3):420-433.
10. Colombia, Ministerio de Protección Social, Resolución 00412 del 2000. Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo. Por la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá; 2000.
11. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2011. [citado Nov 2013]. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
12. Bello LM, Vásquez D, Rojas JA, Sará P, Cogollo M, Dueñas C. Indicadores de morbilidad materna extrema en una clínica universitaria de tercer nivel de complejidad. Cartagena. *Rev.cienc.biomed*. 2012; 3(2):291-299.
13. Instituto Nacional de Salud. Sub-dirección de vigilancia y control de salud pública. Boletín Epidemiológico Semanal, semana epidemiológica número 15 de 2013. [citado Ene 2013]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/BoletnEpidemiolgico/2013BoletinepidemiologicoSemana15.pdf>
14. Murillo L, Miranda W. Calidad del control prenatal en el centro de salud ciudad Sandino, Managua. Ciudad Sandino Managua. [citado 20 Oct 2013]. Disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t289/t289.htm>
15. Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU). Determinantes de la satisfacción de usuarios de servicios de atención primaria públicos y privados en Lima, Perú. *MPA Journal Med. Fam*. 2008; 2(3):161-166.

17. Ortiz RM, Muñoz S, Torres E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2004; 78(4):527-537.
18. Hernández B, Velasco H. Encuestas transversales. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2007; 45(2):447-455.
19. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev. Salud Pública*. 2004; 6(3):302-318.
20. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe nacional de calidad de la atención en salud. Observatorio de calidad de la atención en salud. Bogotá: El Ministerio; 2004.
21. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Garantía y Mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe. Washington D.C., USA: OPS; 1999.
22. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 08430 de 1993. Por la cual se establecen las normas, académicas, científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
23. Massip C, Ortiz R, Llantá M, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008; 34(4):1-10.
24. Bleich S, Özaltin E, Murray C. Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2009; 87:245-324. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401-ab/es/>
25. Hernández I, Fernández MA, Irigoyen A, Hernández M. Importancia de la comunicación médico-paciente en la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8(2):137-143.
26. Reyes H, Flores S, Saucedo AL, Vértiz J, Juárez C, Wirtz V, et al. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Pública Mex*. 2013; 55(S2):100-105.
27. Guix J, Fernández J, Sala J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit Barcelona*. 2006; 20(6):465-472.
28. Castaño K. Calidad de la atención en el control prenatal: opinión de las usuarias de una institución prestadora de servicios de Bogotá D.C. Colombia. Trabajo de grado para optar el título de Enfermero(a). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería Bogotá D.C. Junio de 2009. [citado Feb 2013]. Disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf>
29. Seclen J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am Public Health*. 2004; 16(3):149-57.
30. Arias J, Bernal K, Giraldo D, González E, Rivera P. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2008; 13(1):131-142.
31. Hernández A. Reflexiones sobre la calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal. *Revista Cultura del Cuidado*. 2012; 9(1):55-61.
32. Barbosa M. Narrativas de las madres con no tomar la decisión de acudir a los servicios de salud. *Umbral Científico*. 2006; 8:47-61.
33. Martínez JM, Delgado M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecol Obstet Mex*. 2013; 81:706-710.
34. Martínez JM, Molina L, Molina G. Calidad del control del embarazo en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*. 2012; 15(2):59-65.

AUTORES

Alba Pinzón Consuegra

Enfermera. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo electrónico: albi1203@hotmail.com

Andrea Barbosa Rivera

Odontóloga. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: andreabarbosa@hotmail.es

Carlos Augusto González-Correa

Médico, Ph.D. en Ciencias Médicas. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: c.gonzalez@ucaldas.edu.co

Carmen Dussán Lubert

Ingeniera Química, Mg. en Enseñanza de las Matemáticas. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: carmen.dussan@ucaldas.edu.co

Clara Helena González-Correa

Médica, Ph.D. en Ciencias Médicas. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: clara.gonzalez@ucaldas.edu.co

Claudia Patricia Rodas Avellaneda

Odontóloga, Esp. en Gerencia en Servicios de Salud. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: claudip.rodas@campusucc.edu.co

Diana Marcela Montoya Londoño

Psicóloga, Mg. en Educación con Énfasis en Relaciones Pedagógicas, Mg. en Neuropsicología. Universidad de Manizales y Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: diana.montoya@ucaldas.edu.co

Dolly Magnolia González Hoyos

Enfermera. Decana Facultad de Ciencias para la Salud, Ph.D. en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: dolly.gonzalez@ucaldas.edu.co

Doriam Esperanza Camacho Rodríguez

Enfermera, Mg. en Gestión de la Calidad, Prevención y Medio Ambiente. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: doriam.camacho@campusucc.edu.co

Elizabeth Olivera Correa

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

Elveny Laguado Jaimes

Enfermera, Mg. en Enfermería. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: elveny.laguado@campusucc.edu.co

Fernando Arango Gómez

Médico, Neonatólogo, Mg. en Epidemiología. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: fernando.arango64@gmail.com

Heidy Carrascal Soto

Enfermera. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo electrónico: heidyjhana87@hotmail.com

Henry Vergara Bobadilla

Odontólogo, Lic. en Química, Esp. en Estomatología Pediátrica, Esp. en Ortopedia Funcional y Ortodoncia. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: henry.vergara@ucc.edu.co

Irma Yolanda Castillo Ávila

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

Jacqueline Hernández Sánchez

Enfermera, Mg. en Tecnología de la Educación, Mg. en Tecnología Educativa y Medios Innovadores de la Educación. Universidad Industrial de Santander y Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: yahesa@yahoo.com

Jhon Jairo Angarita Ossa

Lic. en Ciencias Sociales, Máster en Estudios del Desarrollo. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: jhonjairoangarita@gmail.com

Johan Sebastián Hernández Botero

Médico. Universidad Autónoma de Manizales y Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: johanhdz03@gmail.com

Jorge Alberto Valencia Bernal

Médico, Mg. en Calidad de los Servicios de Salud. Fundación FES. Manizales, Colombia. Correo electrónico: jorgevabe@hotmail.com

Julián Eduardo Mora Reina

Odentólogo, Esp. en Administración en Salud. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: julian.mora@campusucc.edu.co

Julio César Mateus Solarte

Médico, Mg. en Epidemiología. Investigador Fundación FES. Universidad del Valle. Cali, Colombia. Correo electrónico: jcmateus@fundacionfes.org

Lorena Durán Arismendy

Odentóloga, Esp. en Odontopediatría. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de

Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: lorena.duran@ucc.edu.co

Luis Alexys Pinzón Castro

Lic. en Matemáticas, Ms en Ciencias Exactas y Naturales. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: lapinzonc@unal.edu.co

María Paula Villarreal Villanueva

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

Marisol Olaya Pardo

Odentóloga. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: marisol.ct@hotmail.com

Martha Patricia Gómez Díaz

Enfermera, Esp. en Gestión Humana. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: martha.gomez@ucc.edu.co

Paula Tatiana Rivera Mejía

Enfermera, Mg. en Salud Pública. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. Correo electrónico: paulat.rivera@upb.edu.co

Rocío Carvajal Barona

Enfermera, Mg. en Salud Pública. Fundación FES. Universidad Pontificia Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: rocaba70@hotmail.com

Ruth Ángela Gómez Scarpetta

Bacterióloga, Esp. en Epidemiología. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: ruth.gomez@campusucc.edu.co

Victoria Eugenia Pinilla Sepúlveda

Psicóloga, Ph.D. en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales y Universidad de Caldas. Correo electrónico: victoria.pinilla@ucaldas.edu.co

Yadira Pabón Varela

Enfermera, Mg. en Enfermería con Énfasis en Cuidado Cardiovascular. Universidad Cooperativa

de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo electrónico: yadypabon@hotmail.com

Yenny Tatiana Robayo

Odontóloga, Esp. en Cirugía y Patología Oral. Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: yenny.robayo@campusucc.edu.co

EVALUADORES AÑO 2013

Alba Lucía Vélez Arango

Enfermera, Abogada, Mg. en Salud Pública, Mg. en Filosofía. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: albalu@telecom.com.co

Carlos Montero Carretero

Lic. en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, Ph.D en Psicología. Universidad Miguel Hernández de Elche. Elche, España. Correo electrónico: cmontero@goumh.umh.es

Cecilia Colunga Rodríguez

Psicóloga, Ph.D. en Ciencias de la Salud Pública. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México. Correo electrónico: dipsicologia@yahoo.com.mx

Consuelo Vélez Álvarez

Enfermera, Ph.D. en Salud Pública. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: consuelo.velez@ucaldas.edu.co

Diana Paola Betancurth Loaiza

Enfermera, Mg. en Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: diana.betancurt@ucaldas.edu.co

Dionisio Francisco Egidos Raja

Lic. en Comunicación Social, Ph.D. en Comunicación Social. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. Correo electrónico: degidos@arnet.com.ar

Fernando Tomasina

Médico, Ms. en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud. Universidad de la República. Uruguay. Correo electrónico: fernandotomasina@gmail.com

Gabriel Esteban Acevedo

Médico, Mg. en Gerencia y Administración de Servicios de Salud, Ph.D. en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. Correo electrónico: gabrieleacevedo@gmail.com

Joel Esteban Álvarez Ruf

Kinesiólogo, Mg. en Ciencias Biológicas. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Santiago, Chile. Correo electrónico: joel.alvarez@umce.cl

Jorge Loría Castellanos

Médico Cirujano, Mg. en Educación, Magister en Toxicología, Ph.D. en Educación. Instituto Mexicano de Seguro Social. México D.F., México. Correo electrónico: jloriac@hotmail.com

José Hoover Vanegas García

Filósofo, Ph.D. en Filosofía. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. Correo electrónico: hovgster@gmail.com

José Rafael González López

Enfermero, Mg. en Promoción de la Salud, Ph.D. Internacional en Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla. Sevilla, España. Correo electrónico: joserafael@us.es

José Seguinot Barbosa

Lic. en Ciencias. Ph.D. en Geografía y Geología Ambiental. Universidad de Puerto Rico. Puerto Rico. Correo electrónico: jose.seguinot@upr.edu

Juan Miguel Martínez Galiano

Enfermero, Ph.D. en Salud Pública. Universidad de Jaén. Jaén, España. Correo electrónico: juanmimartinezg@hotmail.com

Lucas Pereira de Melo

Lic. en Enfermería, Mg. en Enfermería, Ph.D. en Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo. Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Campinas. São Paulo, Brasil. Correos electrónicos: lpmelo@usp.br, lucasenf@yahoo.com.br

Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Enfermero, Estadístico, Mg. en Enfermería, Ph.D. en Enfermería. Universidad Federal de Ceará. Fortaleza, Brasil. Correo electrónico: marcos@ufc.br

María Eugenia Pico Merchán

Enfermera, Mg. en Salud Ocupacional. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: maria.pico@ucaldas.edu.co

María Gabriela Morgado Tapia

Lic. en Enfermería, Ph.D. en Enfermería. Universidad Andrés Bello. Viña del Mar, Chile. Correo electrónico: gmorgado@unab.cl

María Teresa Iglesias

Lic. en Farmacia, Ph.D. en Farmacia. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid, España. Correo electrónico: m.iglesias.prof@ufv.es

Martha Graciela Segovia Díaz de León

Lic. en Enfermería, Magíster en Administración de Servicios de Salud, Ph.D. en Enfermería Fundamental. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. Correos electrónicos: segoviadi@uaslp.mx

René Leyva Flores

Ph.D. en Sociología. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Correo electrónico: rene.leyva@insp.mx

Rodolfo Devera

Médico Cirujano, Mg. en Medicina Tropical, Ph.D. en Medicina Tropical. Departamento de Parasitología y Microbiología, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar, Venezuela. Correo electrónico: rodolfodevera@hotmail.com

Rosa Alba Cardozo

Ph.D. en Patología Existencial e Intervención en Crisis. Universidad de Carabobo. Venezuela. Correo electrónico: rcardozo13@yahoo.com, rcardozo@uc.edu.ve

Rosa Amarilis Zárate Grajales

Lic. en Enfermería, Magíster en Educación, Candidata en Administración Pública. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F., México. Correo electrónico: zarate_amarilis@hotmail.com

Sara Ángela Barrios Casas

Enfermera, Ph.D. en Enfermería. Universidad de la Frontera. Temuco, Chile. Correo electrónico: sara.barrios@ufrontera.cl

Vicente Madrid-Marina

Médico. Ph.D. en Ciencias Biomédicas. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Correo electrónico: vmarina@insp.mx

Vladimir Hernández Hernández

Licenciado en Geografía, Mg. en Desarrollo Regional, Ph.D. en Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Chihuahua, México. Correo electrónico: vladimir.hernandez@uacj.mx

Yamilet Ehrenzweig

Psicóloga, Ph.D. en Educación. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: yamiletehrenzweig@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 Departamento de Saúde Pública da Universidade de Caldas desde 1993, com uma distribuição nacional e internacional a organizações de caráter acadêmico, assistencial e administrativo do setor de saúde. Está dirigida a todas aquelas pessoas naturais e ou jurídicas com interesse nas diferentes áreas propostas. Tem como finalidade socializar as experiências acadêmicas, investigativas, de projeção e de docência, quanto de docentes como de estudantes, pré-graduação, de pós-graduação, profissionais das áreas de saúde, sociais e afins aos países e de outros no contexto mundial, que realizem aportes ao desenvolvimento das seguintes temáticas.

- Conceituar sobre saúde e vida.
- Saúde pública
- Educação para a saúde.
- Estilos de vida saudáveis.
- Comunicação social em saúde.
- Marketing social
- Orientação dos serviços de saúde.
- Política pública saudável.
- Ambientes favoráveis à saúde.
- Negociação e manejo de conflitos.
- Participação social.
- Alianças estratégicas.
- Desenvolvimento social e humano.
- Ciências sociais e saúde.
- Assuntos acadêmicos.

SECÇÕES

A revista contém as seguintes seções:

Editorial: ponto de vista do Comitê Editorial, do editor ou de autores convidados.

Artigo de investigação científica e tecnológica: documento que apresenta de maneira detalhada os resultados originais dos projetos terminados de investigação¹ deve indicar: introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos e referências bibliográficas.

Artigo de revisão: documento resultado duma pesquisa terminada onde se analisam sistematizam e integram os resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo em ciência ou tecnologia, com o fim de dar conta dos avances e as tendências de desenvolvimento. Caracteriza-se por apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de por o menos 50 referências².

Artigo de reflexão: documento que apresenta resultados da pesquisa terminada desde uma perspectiva analítica, interpretação ou crítica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais³.

Assuntos Acadêmicos: apresenta informação relacionada com temas de interesse da área: normatividade, regulamentação, convocatórias e eventos científicos.

SELECÇÃO DE ARTICULOS PARA PUBLICAÇÃO

O estudo e a seleção inicial dos escritos estão a cargo do Comitê Editorial, a qual aceita ou rechaça as originais, atendendo à qualidade científica e à concordância com as temáticas próprias da revista e a vigência temporal dos resultados. Além o comitê pode solicitar modificações e fazer as recomendações que estimam necessárias para ajustar o documento às indicações da revista. Logo desta revisão, será submetido à avaliação por um ou dois pares acadêmicos externos, que emitem um conceito no qual se aceita o artigo sem câmbios, aceita se sujeito a câmbios ou se rejeita. No caso em que do conceito dos e avaliadores se derivem controvérsias, estas serão resultas inicialmente pelo Editor da Revista ou de ser preciso se solicitará uma segunda ou terceira avaliação pelos pares acadêmicos. Se deve aclarar que a identidade dos autores não é revelada aos avaliadores, nem a destes aos primeiros, é dizer, que o processo é anônimo já que os avaliadores não conhecem os nomes dos autores vice-versa.

A recepção dum artigo não implica compromisso com respeito a sua publicação. Acusara se recebido do artigo e os originais não voltaram se, portanto, o autor deve deixar copia de todo o material enviado. O processo de

¹ Tomadou daBase Bibliográfica Nacional - BBN Publindex Índice Bibliográfico Nacional Publindex – IBN Publindex, agosto de 2006, p. 7.

² Ibidem, p. 7.

³ Ibidem, p. 7.

revisão e correção dos artigos implica um tempo que deve ser tido em conta pelo/autor/é, na decisão de envio do mesmo.

ENVIO DO DOCUMENTO

O documento deve ser enviado ao endereço eletrônico reprosa@ucaldas.edu.co dirigido à Editora da revista; estar estruturado em Microsoft Word tipo de fonte Times New Roman, tamanho 11; não exceder as 25 páginas e dobrar espaço, em tamanha carta; as margens devem ser de 3 cm e as páginas numeradas consecutivamente no canto inferior direito. Adjunto a este envio deverá ser remetido se o formato de Declaração de Compromisso de Autores diligenciado, o qual pode ser consultado na página web da revista.

DIREITOS DE REPRODUÇÃO

Se o documento é aceito para a publicação os direitos de reprodução serão da Universidade de Caldas. Como mencionou-se cada artigo deve ir acompanhado de uma carta de declaração de compromisso dos autores onde especifica que é inédito, e indica que os direitos de reprodução são propriedade exclusiva da Revista para a Promoção da Saúde, além de outros aspectos que se encontram explícitos no documento, tais como que o artigo não se tem apresentado simultaneamente para sua publicação na outra revista. Por outra parte, o autor tem a responsabilidade de obter a permissão necessária para reproduzir qualquer material protegido por direitos de reprodução e deve especificar com clareza qual é o quadro, figura o texto que se citará e a referência bibliográfica completa. As opiniões, juízos e pontos de vista expressados pelos autores, são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem os critérios nem a política da revista.

Aspectos éticos: quando seja pertinente, incluirá-se uma explicação, sobre os procedimentos seguidos na pesquisa a fim de garantir o cumprimento dos princípios e normas éticas da Declaração de Helsinque de 1975 e posteriores revisões, além da Resolução 8430 de 1993 do então, Ministério de Saúde de Colômbia.

Nota de copyright: nenhuma publicação, nacional ou estrangeira, poderá reproduzir os artigos nem seus resumos sem prévia autorização escritos pelo Comitê Editorial da revista para a Promoção da Saúde.

APRESENTAÇÃO DO ARTÍCULO

Títulos e autores

O título do trabalho deve limitar-se a máximo 15 palavras, este não deve conter abreviaturas nem siglas. Debajo do título aparecem os sobrenomes e os nomes completos de cada autor centrado e em cursiva; em pé de página indica-se: título profissional e o máximo nível alcançado, instituição onde trabalha na qual não se deve apresentar abreviaturas nem siglas, cidade, país e endereços eletrônicos institucionais ou corporativos de cada um dos autores. Deve-se hierarquizar no caso de autor/ou autores com várias afiliações institucionais. É indispensável esta informação e só esta. Omita cargos, graus docentes, reconhecimentos, etc. Ter em conta que o primeiro autor será quem ficou registrado nas bases de dados dos diferentes serviços de indexação e o resumo. É indispensável indicar qual autor se encarregará de receber e enviar a correspondência, ou do contrário se assumirá que o primeiro autor se fará cargo de tal função.

Resumo

Tudo artigo deve ter um resumo em espanhol, inglês e português, com uma extensão não maior a 250 palavras. Incluída objetivos, datas e lugares de execução do estudo, métodos, resultados e conclusões. Não deve incluir abreviaturas e citações bibliográficas. Deve-se redigir de forma impessoal, isto é, na terceira pessoa do singular.

Palavras chave

Utilizaram-se só aquelas aceitas por bases de dados internacionais as que podem ser consultadas nos seguintes endereços: palavras chave, (espanhol): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key Words, (inglês): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>. O autor deve explicar que consultou os descritores antes mencionados, seguido da última palavra chave, assim: (*fonte: IREME*); (*source: MeSH, NLM*); (*fonte: DeCS, BIREME*). O número de Palavras chave apresentadas deve ser cinco.

Corpo do artigo

Os documentos que são resultados de pesquisa apresentam-se da seguinte maneira: Introdução, materiais, e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos e referências bibliográficas.

Introdução: indica a justificativa e os objetivos do artigo da pesquisa, inclui um resumo do referente teórico, não inclui resultados nem conclusões.

Materiais e métodos: descreve o tipo de estudo e desenho do mesmo, a população, a técnica de amostragem e a seleção da amostra, assim como os critérios de inclusão e exclusão. Explicar a técnica, instrumentos e procedimentos utilizados para obter os dados e analisar os mesmos.

Resultados: apresentam os resultados em ordem lógicos, devem ser concisos e claros. Não se repete no texto os resultados que encontraram se nas tabelas e figuras.

Discussão: se fundamenta nos resultados obtidos na pesquisa à vez que se encontram a relação entre estes e os obtidos por outros autores, assinala as coincidências e diferenças encontradas e enfatiza nos aspectos novos. Não repete informação incluída nas seções anteriores. Examinam as implicações dos descobrimentos, suas limitações e suas projeções em futuras pesquisas.

Conclusões: indicam os descobrimentos mais relevantes da pesquisa desde o ponto de vista do objeto do estudo; recomenda se que os objetivos da pesquisa se constituem no ponto de referência para desenhar e que em elas envolvem se as distintas dimensões do problema.

Agradecimentos: os autores podem fazer menção às pessoas e colaboradores, assim como a instituições financiadoras, dependências e instituições que apóiam a execução da sua pesquisa.

Referencias bibliográficas: elaboram se ajustadas à normas Vancouver: Se indicam no texto numeradas consecutivamente no ordem em que apareçam por meio de números arábicos colocados entre parêntesis. As listas de referencias se indicaram numa folha aparte do final do artigo. Consulte a lista de publicações periódicas do Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) para a abreviatura exata da revista citada; se a revista não aparece, escreva o título completo da revista.

Quadros e figuras

Os quadros figuras devem conter um título breve, lugar, data e fonte, e nos casos necessários deve se aclarar se

é uma elaboração própria. O título de cada coluna na tabela deve ser a unidade de medida. Não se aceitam tabelas e gráficos e formato de imagens. As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos, mapas, fotografias, entre outras) e os quadros devem levar suas respectivas lendas e títulos, numerar se consecutivamente o seu número não deve exceder quatro ilustrações por artigo. Cada uma de as ilustrações deverá ser incluída no texto onde corresponda e realizar a devida citação.

Para as ilustrações que não tinham sido produzidas pelos autores ou tinham sido tomadas de uma revista, livro, site de internet ou similares, sobre os quais existam direitos de autor, se deveram obter a permissão precisas para reproduzir o material, ante o qual deveram acompanhar se da autorização escrita por parte da respectiva editorial aos autores.

Abreviaturas e siglas

Utilizaram se o menos possível e preferivelmente aquelas que são reconhecidas internacionalmente. Quando citam se por primeira vez no texto, devem ir precedidas da expressão completa.

Notas a pé de página

Deve ser limitado a comentários e aclarações 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

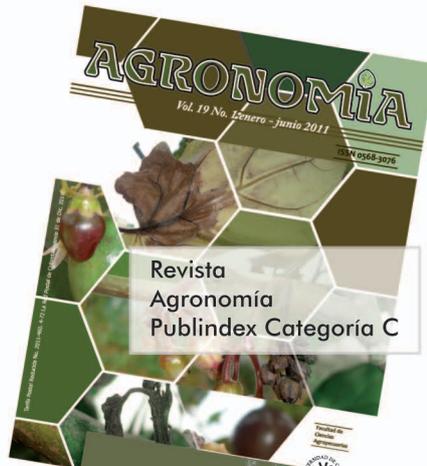
E-mail: reprosa@ucaldas.edu.co
revistascientificas@ucaldas.edu.co

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



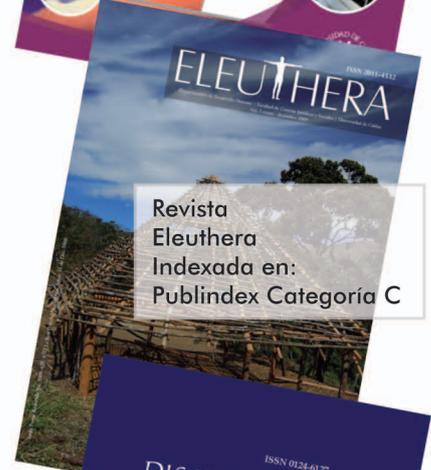
Revista
Agronomía
Publindex Categoría C



Revista
Biosalud
Indexada en:
Publindex Categoría B
Lilacs



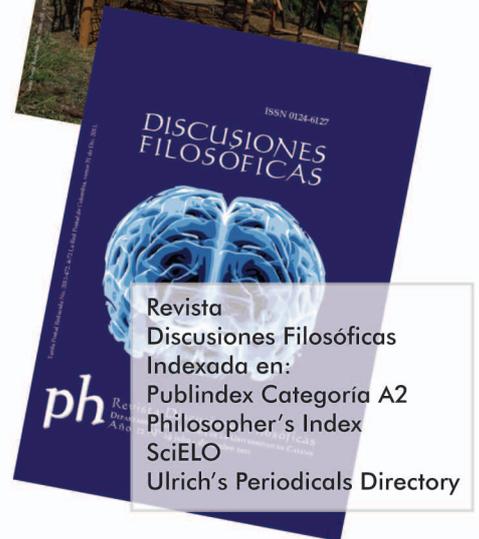
Revista
Cultura y Droga



Revista
Eleuthera
Indexada en:
Publindex Categoría C



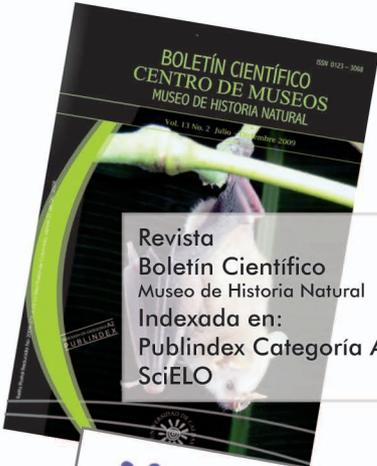
Revista
Luna Azul (On Line)
<http://lunazul.ucaldas.edu.co>
Indexada en:
Publindex Categoría A2
Index Copernicus, DOAJ



Revista
Discusiones Filosóficas
Indexada en:
Publindex Categoría A2
Philosopher's Index
SciELO
Ulrich's Periodicals Directory

Revistas

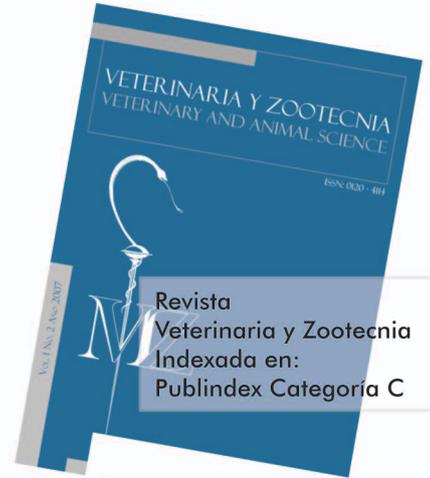




Revista Boletín Científico Museo de Historia Natural Indexada en: Publindex Categoría A2 SciELO



Revista Colombiana de las Artes Escénicas



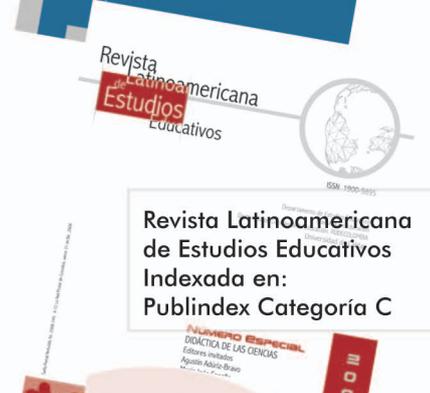
Revista Veterinaria y Zootecnia Indexada en: Publindex Categoría C



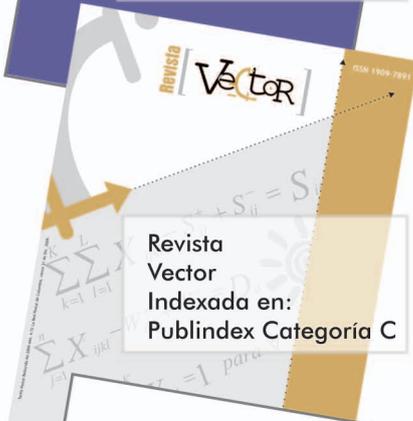
Revista Hacia la promoción de la Salud Indexada en: Publindex Categoría A2 Lilacs SciELO



Revista Jurídicas Indexada en: Publindex Categoría C DialNet



Revista Latinoamericana de Estudios Educativos Indexada en: Publindex Categoría C



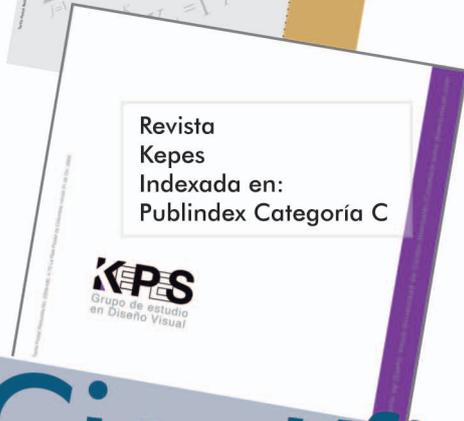
Revista Vector Indexada en: Publindex Categoría C



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

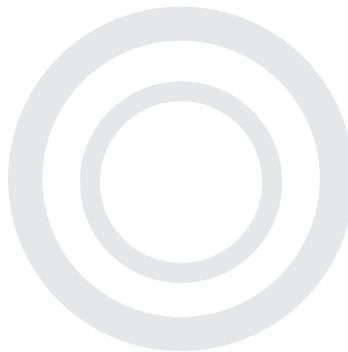




472

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 julio de 2014
Manizales - Colombia