

Revista de Salud Pública



La Revista de Salud Pública es una publicación temática, indizada, con arbitraje externo de pares nacionales e internacionales, trimestral, destinada a la publicación de la producción técnico científica relacionada al área de la salud y en especial de la Salud Pública. Editada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Consta de ISSN 1853-1180 para la versión Impresa y ISSN 1852-9429 para la Electrónica.

The Journal of Public Health is a thematic publication, indexed, external peer refereed national and international, biannual, for the publication of the technical-scientific production related to the area of health and in particular Public Health. Published by the School of Public Health, College of Medical Sciences of the University National Córdoba, ISSN 1853- 1180 consists of the printed version and for Electronic ISSN 1852-9429.

Traducción al inglés: Andrea Ternengo

Traducción al portugués: Osvaldo J. Casero

Tesorería y Finanzas: Cdora. Soledad Marquez

Diseño y Diagramación: Vladimir López Barrios

Escuela de Salud Pública. Calle Bv. de la Reforma esq. Enf. Gordillo Gomez CP 5000. Córdoba. República Argentina. Te: +54 0351 - 4334042 / 4333023

www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar

saludpublica@fcm.unc.edu.ar

revistasp@fcm.unc.edu.ar

ISSN 1853-1180

Las responsabilidades por los juicios, opiniones, puntos de vista, o traducciones; expresados en los artículos publicados corresponden exclusivamente a los autores.

No está permitida la reproducción parcial o total del contenido de la revista, sin la previa autorización de los editores de la Revista de Salud Pública.

Sumario

- 7 **EDITORIAL**
María Cristina Cometto
- 8 "CASAS DE FUEGO": REFLEXIONES SOBRE SU UTILIZACIÓN COMO RECURSO EDUCATIVO PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA DE CHAGAS EN LA ACTUALIDAD. Isabel Cecilia Pastorino, Celeste Mateyca, Mariana Sanmartino.
- 19 DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE ESCALA DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Juan Guerrero Nuñez.
- 31 AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD: REFLEXIONES SOBRE SUS PRÁCTICAS Y APORTES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. Rodolfo Rodríguez-Gómez.
- 39 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS MORDEDURAS DE MAMÍFEROS. Patricia L. Shiroma Tamashiro.
- 48 PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA EN PANDEMIA COVID-19: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. Francisca Caballo-Avendaño, Alejandra Flores-Hoyos, Josue Guerra-Cruz, Francisca Morales-Vizcarra, Katuska Lidice Reynaldos-Grandón
- 60 TODO SE TRANSFORMÓ COMPLETAMENTE: EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN A LA PANDEMIA DE COVID 19 EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA. Anahí Sy, Brenda Moglia, Paula Daniela Derossi.
- 73 DERECHO A LA ALIMENTACIÓN Y AGRICULTURA FAMILIAR: ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LOS MARCOS REGULATORIOS DE LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR DE BRASIL, CHILE Y LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, ARGENTINA. Nadia Alexandra Balmaceda, Graciela Fabiana Scruzzi.
- 86 SALUD AUTOPERCIBIDA, CAMBIOS EN LA EXPERIENCIA ESCOLAR Y OTROS HÁBITOS DE LA SALUD DE ESCOLARES ADOLESCENTES CORDOBESES DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO POR COVID-19. Silvina Berra, Luisina Rivadero, Romina Mántaras, Francisco Fantini, Julieta Lavin, Verónica Mamondi.
- 97 PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN DE JÓVENES EN SITUACIÓN DE ENCIERRO. María Marcela Barnetch, Marcela Inés Bella, Lila Susana Cornejo.
- 106 RELACIÓN ENTRE COMPETENCIAS PROFESIONALES Y LABORALES DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Felix Alberto Caycho Valencia
- 116 CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS: BARRERAS Y PROPUESTAS. Lillia María Nieva Villegas, Sonia Cristina Vermelho, Susy Rosales Pariona.
- 125 ANTROPOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL. APUNTES PARA UNA PERSPECTIVA HÍBRIDA EN PROBLEMAS SOCIO-SANITARIOS. Gastón Julián Gil, Andrés Iván Bassi Bengochea.
- 139 **NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS**

Summary

7	EDITORIAL María Cristina Cometto
8	“CASAS DE FUEGO”: REFLECTIONS ON ITS USE AS AN EDUCATIONAL RESOURCE TO ADDRESS THE PROBLEM OF CHAGAS TODAY. Isabel Cecilia Pastorino, Celeste Mateyca, Mariana Sanmartino.
19	DESIGN AND VALIDATION OF CONTENT OF LITERACY SCALE IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH. Juan Guerrero Nuñez.
31	COMMUNITY AGENTS IN HEALTH: REFLECTIONS ON THEIR PRACTICES AND THEIR CONTRIBUTIONS IN THE PROMOTION OF HEALTH. Rodolfo Rodríguez-Gómez.
39	CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MAMMAL BITES. Patricia L. Shiroma Tamashiro.
48	BURNOUT SYNDROME PREVENTION IN NURSING AT PANDEMIC COVID-19: A SYSTEMATIC REVIEW. Francisca Caballol-Avenidaño, Alejandra Flores-Hoyos, Josue Guerra-Cruz, Francisca Morales-Vizcarra, Katuska Lidice Reynaldos-Grandón
60	EVERYTHING HAS CHANGED: DEALING WITH COVID-19 PANDEMICS INTO PUBLIC HEALTHCARE INSTITUTIONS. Anahí Sy, Brenda Moglia, Paula Daniela Derossi.
73	RIGHT TO FOOD AND FAMILY AGRICULTURE: ANALYSIS OF THE DISCOURSE OF THE REGULATORY FRAMEWORKS OF SCHOOL FEEDING PROGRAMS IN BRAZIL, CHILE AND CORDOBA, ARGENTINE. Nadia Alexandra Balmaceda, Graciela Fabiana Scruzzi.
86	SELF-PERCEIVED HEALTH, CHANGES IN SCHOOL EXPERIENCE AND OTHER HEALTH BEHAVIORS IN ADOLESCENTS DURING THE PREVENTIVE AND COMPULSORY SOCIAL ISOLATION DUE TO COVID-19 PANDEMIC. Silvina Berra, Luisina Rivadero, Romina Mántaras, Francisco Fantini, Julieta Lavin, Verónica Mamondi.
97	SELF-CARE PRACTICES FOR YOUNG PEOPLE IN CONFINEMENT. Marcela Barnetch, Marcela Inés Bella, Lila Susana Cornejo.
106	RELATION BETWEEN PROFESSIONAL AND OCCUPATIONAL SKILLS OF DENTAL SURGEONS IN PRIMARY HEALTH CARE. Felix Alberto Caycho Valencia
116	SOCIAL CONSTRUCTION OF SUPPLEMENTATION WITH MULTIMICRONUTRIENTS IN MOTHER’S CHILDS OF THREE YEARS. Liliia María Nieva Villegas, Sonia Cristina Vermelho, Susy Rosales Pariona.
125	ANTHROPOLOGY AND OCCUPATIONAL THERAPY. NOTES FOR A HYBRID PERSPECTIVE IN SOCIO-SANITARY PROBLEMS. Gastón Julián Gil, Andrés Iván Bassi Bengochea.
139	RULES FOR THE PRESENTATION OF WORKS

Resumo

- 7 **EDITORIAL**
 María Cristina Cometto
- 8 "CASAS DE FUEGO" ("CASAS DE FOGO"): REFLEXÕES SOBRE SUA UTILIZAÇÃO COMO RECURSO EDUCACIONAL PARA UMA ABORDAGEM DO ATUAL PROBLEMA DE CHAGAS. Isabel Cecilia Pastorino, Celeste Mateyca, Mariana Sanmartino.
- 19 DESENHO E VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DA ESCALA DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA. Juan Guerrero Nuñez.
- 31 AGENTES COMUNITÁRIOS EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE SUAS PRÁTICAS E CONTRIBUIÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE. Rodolfo Rodríguez-Gómez.
- 39 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA MORDIDA DE MAMÍFEROS. Patricia L. Shiroma Tamashiro.
- 48 PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMAGEM PANDÊMICA COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. Francisca Caballol-Avendaño, Alejandra Flores-Hoyos, Josue Guerra-Cruz, Francisca Morales-Vizcarra, Katuska Lidice Reynaldos-Grandón
- 60 TUDO TRANSFORMOU-SE COMPLETAMENTE: EXPERIÊNCIAS DE CUIDADOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19 NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA. Anahí Sy, Brenda Moglia, Paula Daniela Derossi.
- 73 AGRICULTURA FAMILIAR E DIREITO À ALIMENTAÇÃO: ANÁLISE DO DISCURSO DOS QUADROS REGULATÓRIOS DOS PROGRAMAS ALIMENTARES ESCOLARES NO BRASIL, CHILE E NA PROVÍNCIA DE CÓRDOBA, ARGENTINA. Nadia Alexandra Balmaceda, Graciela Fabiana Scruzzi.
- 86 SAÚDE AUTOPERCEBIDA, MUDANÇAS NA EXPERIÊNCIA ESCOLAR E OUTROS HÁBITOS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES DE CÓRDOBA DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL PREVENTIVO E OBRIGATÓRIO PELA COVID-19. Silvina Berra, Luisina Rivadero, Romina Mántaras, Francisco Fantini, Julieta Lavin, Verónica Mamondi.
- 97 PRÁTICAS DE AUTO-CUIDADO PARA JOVENS EM SITUAÇÃO DE CONFINAMENTO. Marcela Barnetch, Marcela Inés Bella, Lila Susana Cornejo.
- 106 RELAÇÃO ENTRE AS HABILIDADES PROFISSIONAIS E OCUPACIONAIS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE. Alberto Caycho Valencia
- 116 CONSTRUÇÃO SOCIAL DE SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA MÃES DE MENORES DE 3 ANOS. Lilia María Nieva Villegas, Sonia Cristina Vermelho, Susy Rosales Pariona.
- 125 ANTROPOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL. NOTAS PARA UMA PERSPECTIVA HÍBRIDA EM PROBLEMAS SÓCIO-SANITÁRIOS. Gastón Julián Gil, Andrés Iván Bassi Bengochea.
- 139 **REGRAS PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS**



Revista indizada en base de datos

LILACS

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Bireme, Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Brasil. <http://www.bireme.br/>

CUIDEN

Base de Datos Bibliográfica sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica. Base de datos de enfermería en español, Granada - España <http://www.doc6.es/index/>

PERIODICA

Base de datos de la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México. http://132.248.9.1:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=PER01

RENICS

Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud. <http://www.renics.com.ar/>

DOAJ

Directory of open access journals Universidad Lund, Suecia <http://www.doaj.org/>

WEB OF SCIENCE

<http://mjl.clarivate.com/cgi-bin/jrnlst/jlresults>.

`cgi?PC=MASTER&Word=*REVISTA%20DE%20SALUD%20PUBLICA-CORDOBA`

MINCYT

Sistema Nacional de Repositorios Digitales Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

LATINDEX

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

NÚCLEO BÁSICO DE REVISTAS CIENTÍFICAS ARGENTINAS. CAYCIT-CONICET. R. Argentina [HTTP://www.caicyt-conicet.gov.ar/nucleo-basico-de-revistas-cientificas/](http://www.caicyt-conicet.gov.ar/nucleo-basico-de-revistas-cientificas/)

REDIB

Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico. Sistema de información sobre producción científica en español que incorpora indicadores de calidad editorial y científica. Esta presentación forma parte de un ciclo que se ha llevado a cabo en otros países iberoamericanos: Chile, Argentina, Colombia, Perú, Portugal y México.

SISTEMA NACIONAL DE REPOSITARIOS DIGITALES

Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (Mincyt). Se accede a través de este link: http://www.biblioteca.mincyt.gov.ar/revistas/index?letter=&title=revista+de+salud+publica&openaccess=falso&gran_area=3&area=&view=list&yt0=Busca

Revistas de la Universidad Nacional de Córdoba espacio destinado a revistas electrónicas, de acceso libre a la producción científica, un **recurso público**, es por ello que somos parte de este sitio que la universidad ofrece de **acceso libre**

El sistema con que opera este sitio es Open Journal Systems (OJS).

Se accede: <http://revistas.unc.edu.ar/>

Editorial

Al cerrar el año 2021, esta editorial obliga a mirar estos dos últimos años, como los más difíciles en salud pública en la historia de nuestra Escuela de Salud Pública y Ambiente de la FCM UNC. Es por ello que se hace necesario y justo reconocer a quienes dieron hasta su vida por servir a otro, no solo poniendo en peligro su propia vida sino la de sus seres queridos más cercanos, los profesionales de la salud. Vayan estas sencillas palabras como un homenaje por haber sido guardianes de la salud pública en cada lugar donde se necesitó la protección del núcleo fundamental de los derechos de los pacientes.

Por otra parte, es importante destacar que debemos seguir trabajando para superar la pandemia de COVID-19, sus heridas, sus enseñanzas y sus desafíos deben constituir el suelo firme para contrarrestar los efectos disruptivos de la pandemia en los establecimientos de salud, en el personal de salud, en el acceso a los servicios y los programas habituales. Se hace imperioso e ineludible destacar una vez más la importancia del enfoque de la atención primaria de salud, con el fortalecimiento del primer nivel de atención y la mejora de las redes integradas de servicios de salud.

Hoy no podemos dejar de advertir que la sociedad ha cambiado y que hay un nuevo escenario donde se enmarcan otras relaciones, como el reconocimiento de que el saber de los expertos tiene límites, y que la participación activa ciudadana, constituye una realidad insoslayable en la toma de decisiones. Tampoco se puede negar que los profesionales de la salud, han tomado un papel activo en el que quieren y deben participar, buscando un modelo de atención más deliberativo, promoviendo el debate amplio, participativo y pluralista entre todos los responsables de la atención de salud y de los ciudadanos.

Indudablemente hace falta una mirada al futuro con un esfuerzo deliberado y prudente, para aprender de lo vivido, poder evocar la tan cercana relación y convivencia con la muerte, para usar esas heridas, ese legado, y reflexionar sobre los errores y aciertos que nos permita una reflexión profunda, en busca de una alianza con la vida.

Dra. María Cristina Cometto

"CASAS DE FUEGO": REFLEXIONES SOBRE SU UTILIZACIÓN COMO RECURSO EDUCATIVO PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA DE CHAGAS EN LA ACTUALIDAD.

Isabel C. Pastorino¹,
Celeste Mateyca²,
Mariana Sanmartino³

¹Departamento de Ciencias Naturales. Facultad de Ciencias Exactas, Físico Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Río Cuarto. Río Cuarto, Córdoba, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3847-2081>

²Grupo de Didáctica de las Ciencias, Instituto de Física de Líquidos y Sistemas Biológicos (CONICET-UNLP). La Plata, Buenos Aires, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3610-228X>

³Grupo de Didáctica de las Ciencias, Instituto de Física de Líquidos y Sistemas Biológicos (CONICET-UNLP). La Plata, Buenos Aires, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3950-4826>
Contacto: ipastorino@exa.unrc.edu.ar

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.33221>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 1 de junio de 2021.
Aprobado: 19 de julio de 2021.

"CASAS DE FUEGO": REFLECTIONS ON ITS USE AS AN EDUCATIONAL RESOURCE TO ADDRESS THE PROBLEM OF CHAGAS TODAY.

*"CASAS DE FUEGO" ("CASAS DE FOGO"):
REFLEXÕES SOBRE SUA UTILIZAÇÃO
COMO RECURSO EDUCACIONAL PARA
UMA ABORDAGEM DO ATUAL PROBLEMA
DE CHAGAS.*

Resumen

La película "Casas de Fuego" de Juan Bautista Stagnaro es un recurso difundido en la enseñanza del Chagas en distintos niveles. A más de 25 años de su estreno, nuestro interés en visitar el uso didáctico del largometraje se originó en una investigación sobre la formación de grado en Chagas en carreras biomédicas de la Universidad Nacional de Río Cuarto (Córdoba, Argentina). En dicho estudio, hallamos referencias espontáneas a "Casas de Fuego" tanto en entrevistas con estudiantes, como en clases observadas. A partir de este resultado "emergente" realizamos una nueva mirada sobre las potencialidades y limitaciones de la película para abordar y comprender el Chagas en la actualidad. En este artículo presentamos resultados del análisis y algunas reflexiones como aporte para actualizar y complementar la utilización de "Casas de Fuego" en las aulas.

Palabras clave: Chagas; educación superior; películas cinematográficas; Salvador Mazza.

Abstract

The film “Casas de Fuego” (Houses of Fire) by Juan Bautista Stagnaro is a popular resource in the teaching of Chagas at different levels. More than 25 years after its release, our interest in re-visiting the didactic use of the film came from a research into the undergraduate training in Chagas in biomedical careers at the National University of Río Cuarto (Córdoba, Argentina). In this study, we found spontaneous references to “Casas de Fuego” (both in interviews with students and in observed classes). Based on this “emerging” result we took a new look at its potentialities and limitations to understand Chagas today. In this article we present results of the analysis and some reflections as a contribution to update and complement the use of “Casas de Fuego” in classrooms.

Key words: Chagas; higher education; motion pictures; Salvador Mazza.

Resumo

O filme “Casas de Fuego” de Juan Bautista Stagnaro é um recurso bem conhecido no ensino de Chagas em diferentes níveis. Mais de 25 anos após sua estreia, nosso interesse em visitar o uso didático do longa-metragem originou-se de uma investigação sobre a formação universitária em Chagas nas carreiras biomédicas da Universidade Nacional de Río Cuarto (Córdoba, Argentina). Neste estudo, achamos referências espontâneas a “Casas de Fuego” mesmo em entrevistas com alunos quanto em aulas observadas. A partir desse resultado “emergente”, lançamos um novo olhar sobre as potencialidades e limitações do filme para abordar e compreender o Chagas na atualidade. Neste artigo apresentamos os resultados da análise e algumas reflexões como contribuição para atualizar e complementar a utilização das “Casas de Fuego” nas salas de aula.

Palavras-chave: Chagas; ensino superior; filmes cinematográficos; Salvador Mazza.

Introducción

El cine es reconocido como un recurso ampliamente utilizado en la educación formal y no formal, y en todos los niveles educativos, para abordar diferentes temáticas (1) existiendo incluso revistas académicas especializadas y guías para orientar el visionado de películas en las aulas (2). El uso del cine como recurso didáctico, en general, persigue la meta de superar enfoques fragmentados, introduciendo un efecto integrador: por un lado, de saberes históricos, geográficos, filosóficos, psicológicos, etc.; y por otro, de diferentes lenguajes como la música, el movimiento, la palabra, la imagen (3). Sin negar que muchas ideas, datos y conceptos científicos incluidos en las películas suelen presentar errores o acercar interpretaciones simplistas, si el visionado es adecuadamente conducido, puede ser fuente de analogías y metáforas potentes o herramienta para promover la discusión de estereotipos y preconcepciones (4,5). Al respecto, Wolovelsky sintetiza de manera contundente: “Derribar la frontera interior, expandir el pensamiento, ensanchar la emoción y ampliar los compromisos sociales, tal la posibilidad del cine, tal la posibilidad sobre la ciencia, aunque por momentos la realidad se empecine en golpearnos con seductores espejismos técnicos de historias sin relato” (6).

En particular, el largometraje argentino “Casas de Fuego” de Juan Bautista Stagnaro (Figura 1) ha sido (y es) sugerido y/o utilizado como un recurso para la enseñanza del Chagas¹ y de aspectos relacionados con la naturaleza de las ciencias (epistemología, historia, metodología) por diversas/os autoras/es, tanto en Argentina como en el exterior (3,7-15). Además, en nuestro país, a nivel ministerial se difundió una guía didáctica para orientar

1 A lo largo del texto, utilizaremos las denominaciones “Chagas” o “problemática de Chagas”, en lugar de “Enfermedad de Chagas”, con la intención de incluir en nuestro discurso las diversas dimensiones que atraviesan el tema, considerando particularmente que la mayor parte de las personas infectadas por el *Trypanosoma cruzi* no desarrolla la enfermedad.

su visionado y análisis en las aulas de nivel secundario (16) y la película se ha convertido en un recurso clásico utilizado tanto en la escuela media como en ámbitos de formación docente (13).

En el nivel universitario, el uso de “Casas de Fuego” ha tenido diferentes finalidades. Por ejemplo, Astudillo et al. (3) usaron este recurso -y otros- para promover la reflexión metacientífica en la formación docente desde la Universidad Nacional de Río Cuarto-UNRC (Córdoba). Por su parte, Gortari et al. (10) propusieron su visionado a estudiantes de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional de La Plata-UNLP (Buenos Aires), logrando el reconocimiento de las múltiples dimensiones del Chagas y la asociación de las mismas con los conceptos trabajados en la asignatura Epidemiología y Salud Pública. Asimismo, Costamagna et al. (14) incluyeron la proyección de esta película en la carrera de Bioquímica de la Universidad Nacional del Sur - UNS (Buenos Aires) para abordar las parasitosis desde un enfoque integral.

A más de 25 años de su estreno, nuestro interés en volver a mirar y reflexionar sobre el uso didáctico de “Casas de Fuego” se originó a partir de una investigación sobre la formación de grado en Chagas que desarrollamos en el ámbito de la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC)². En dicho estudio, que estuvo centrado en el análisis de las concepciones estudiantiles y las prácticas de enseñanza sobre esta problemática en carreras biomédicas, hallamos referencias espontáneas a “Casas de Fuego” tanto en entrevistas mantenidas con estudiantes, como en clases observadas. A partir de este resultado “emergente” de nuestro estudio nos interesó profundizar en el análisis de la influencia que tuvo la película en las ideas de las/os estudiantes -futuras/os profesionales- sobre el Chagas.

Además, considerando la vigencia de esta película como recurso didáctico para la enseñanza de este tema, nos propusimos realizar una nueva mirada sobre sus potencialidades y limitaciones para abordar y comprender la problemática de Chagas en la actualidad.



Ficha Técnica:
Título original: Casas de fuego
Año: 1995
Duración: 115 min.
País: Argentina
Dirección: Juan Bautista Stagnaro
Guion: Juan Bautista Stagnaro, Rodolfo Mórtoła
Música: Luis María Serra
Fotografía: Matías Stagnaro
Protagonistas: Miguel Ángel Solá, Pastora Vega, Carola Reyna, Carolina Fal, Humberto Serrano, Álex Benn, Suna Rocha, Boy Olmi
Montaje: Miguel Pérez
Productora: Pablo Rovito
Género: Drama. Biográfico. Enfermedad. Insectos. Basado en hechos reales. Medicina

Figura 1: Afiche y ficha técnica de la película Casas de Fuego

Las “huellas” de Casas de Fuego

En el marco de la investigación antes mencionada, realizamos entrevistas individuales a 39 estudiantes del último año de carreras biomédicas (Biología, Enfermería, Microbiología y Veterinaria) de la UNRC. El trabajo estuvo orientado a identificar sus concepciones sobre la problemática de Chagas e indagar en su formación en la temática antes y durante su formación de grado. En diferentes momentos de la entrevista, un tercio de las/os estu-

² Investigación enmarcada en la tesis doctoral de Isabel C. Pastorino, dirigida por las Dras. Mariana Sanmartino y Alcira Riva-rosa, cuyo trabajo de campo se desarrolló entre los años 2015 y 2017 en la UNRC.

diantes mencionaron espontáneamente a “Casas de Fuego”. Algunas/os recordaron haber visto esta película antes de su ingreso a la universidad, y otras/os (principalmente en la carrera de Biología) en asignaturas de la carrera.

Como se revela en los siguientes testimonios, el largometraje dejó “huellas” en las/os entrevistadas/os, imágenes y saberes que recuerdan a pesar del tiempo transcurrido desde su visionado:

-Yo durante el secundario tuve una docente que le gustaba mucho la enfermedad entonces nos informó bastante y nos hizo ver la película Casas de Fuego, entonces a mí cuando me hablan de Chagas se me viene la imagen de la película [...] por ejemplo de la película me acuerdo los cuadros colgados en la pared que hay que descolgarlos y fijarse que esté limpio. (Entrevistado N° 9 de Microbiología, 22 años, cursó la educación primaria y secundaria en Río Cuarto, Córdoba)

-¿qué es lo primero que te viene a la cabeza cuando te digo la palabra Chagas?

-Vinchuca, es lo primero que se me viene a la cabeza. Aparte siempre recuerdo que la he visto de chica a la película Casas de Fuego, encima una película que me la han mostrado en la secundaria que la hemos visto y fue algo que me quedó, las imágenes, me acuerdo con la historia y todo lo demás, y bueno es algo que me quedó en la memoria. (Entrevistada N° 5 de Biología, 30 años, cursó la educación primaria y secundaria en Eugenio Bustos, Mendoza)

-Nos enseñaron, siempre nos acordamos de la película Casas de Fuego, que eran techos de paja, paredes de adobe, tenían huecos, rinconcitos, donde se escondía la vinchuca, también puede ser detrás de un cuadro, en cualquier lugar que se sentía cómoda a vinchuca.

-¿Dónde vieron la película?

-Los primeros años del secundario, no me acuerdo si secundario o primario. Muy linda, muy impactante. Como dicen ellos de las herramientas educativas lo mejor son las películas, llega [...] La película me quedó grabada, vos te das cuenta, que al ver la realidad, la enfermedad en una realidad, que era todo un contexto, es completamente distinto, ahí es donde te llega la información y vos aprendés realmente. Y no en que te digan: “este es el parásito, esta es la vinchuca”, y nada más. (Entrevistada N° 3 de Enfermería, 31 años, cursó la educación primaria y secundaria en Río Cuarto, Córdoba)

Por su parte, Gortari (17) también encontró marcadas referencias a la película en los relatos de estudiantes de la carrera de Veterinaria de la UNLP, vinculando esta observación con las propias palabras de Juan Bautista Stagnaro (director de “Casas de Fuego”), que también dan cuenta de cómo pueden permanecer en la memoria aquellas vivencias escolares que nos marcan o nos interpelan particularmente: *“Conoci a Mazza y la enfermedad de Chagas en el colegio secundario. En segundo o tercer año, no recuerdo con precisión, un profesor de biología nos habló de esto. Ya, en ese momento me llamó mucho la atención la enfermedad, porque no hablaba solo de una dolencia sobre el cuerpo particular, decía mucho sobre la sociedad. La enfermedad tiene una enorme carga metafórica, parece el diseño trágico de un novelista. La realidad que devela el Chagas suele ser mucho más imaginativa que la imaginación misma. En el fondo de la historia, de mi historia, quedo guardado este recuerdo...”* (5, p.193).

Asimismo, nuestro estudio revela que la película ha influenciado en las concepciones construidas sobre el Chagas como un problema rural íntimamente asociado a las vinchucas y a las casas tipo rancho, como se evidencia tanto en los testimonios mostrados anteriormente como en los siguientes:

-... hicimos un trabajo a partir del análisis de la película [refiriéndose a una asignatura de la carrera]. Me quedó muy asociada a la parte cultural. O sea, si bien yo puedo decir que

una persona que está en un lugar más urbanizado puede llegar a tener Chagas, no es que sea nada probable, pero bueno me quedó esa asociación de la cultura y no sé, las viviendas, al mal de Chagas. (Entrevistada N° 4 de Biología, 22 años, cursó la educación primaria en la ciudad de San Juan y secundaria en Ucacha, Córdoba)

-...recuerdo de la película que vi sobre Chagas y eran lugares más rurales, no era un lugar urbano, algo que estuviera muy habitado

-¿Qué película?

-Casas de Fuego [...] Yo de la película me acuerdo de haberlo visto en el secundario, que la verdad me llamó mucho la atención, pero acá en la carrera me suena que en Parasitología solamente [...] Vimos la problemática de Chagas porque era un profesora que le gustaba pasar esa clase de películas, estábamos viendo diferentes enfermedades, y de pronto no sabíamos qué era el Chagas, qué pasaba, y la verdad para mí, en mi experiencia mi primer acercamiento con la película fue muy bueno, te estoy diciendo, la mayoría de las cosas que me acuerdo son por eso, no por haber estudiado en la carrera. (Entrevistada N° 7 de Microbiología, 22 años, cursó la educación primaria y secundaria en Ucacha, Córdoba)

-...de una muñeca siempre me acuerdo, que se le caía la cabeza y estaba llena de vinchucas adentro. Eso me acuerdo patente de esa imagen, eso me quedó [...] creo que en la película se veía la imagen [...] no sé cómo se cae la cabeza de la muñeca y estaba lleno ahí adentro. (Entrevistada N° 10 de Enfermería, 36 años, cursó la educación primaria y secundaria en la ciudad de Mendoza)

La fuerte asociación entre el Chagas, las vinchucas y la ruralidad que encontramos en estos testimonios también surgió en muchos otros tramos de las entrevistas mantenidas con las/os estudiantes (18) y se condicen con los hallazgos de otros estudios. Por ejemplo, en una investigación realizada en la comunidad educativa de un Instituto Pedagógico en Venezuela la representación del Chagas más importante y general giró en torno a un núcleo constituido por la noción del “chipó” (nombre con el que se conoce al insecto vector en este país). La explicación de que la categoría “chipó” constituya el núcleo figurativo de la representación se encontraría en que es una imagen concreta, tangible, real, que permite transformar un constructo científico abstracto –la enfermedad de Chagas– en una idea más concreta e icónica (19). Asimismo, la representación dominante del Chagas como una enfermedad transmitida por la vinchuca también ha sido hallada en diferentes grupos de docentes de Argentina, como lo revelan los estudios de Sanmartino et al. (20) y Crocco et al. (21).

La contextualización del Chagas casi exclusivamente en escenarios de presencia vectorial también fue hallada más recientemente por Mendicino et al. (22) en un estudio sobre los conocimientos sobre el tema de estudiantes de la Escuela Superior de Enfermería de Santa Fe. Este trabajo reveló que las/os estudiantes, en general, consideraron que existen personas infectadas con *Trypanosoma cruzi* sólo en las provincias donde existe transmisión vectorial activa (provincias del Gran Chaco) y minimizaron la importancia cuantitativa del Chagas en el país.

Estas representaciones dominantes se corresponden con una “cara” del Chagas asociada al mundo rural, simbolizada por la familia campesina y la vivienda, infestada de triatominos, en zonas marcadas por la pobreza y la exclusión (23). Esta “cara” tradicional del Chagas se contrapone al nuevo y más actual rostro de la problemática que se está modificando y complejizando y complejizando continuamente y remite a las características del capitalismo mundial global, con las migraciones rural-urbana e internacionales como una de sus consecuencias (24). En efecto, en la actualidad el Chagas es un problema predominantemente urbano -se estima que por lo menos dos tercios de las personas infectadas con el *T.*

cruzi viven en ciudades- en el que adoptan cada vez más relevancia las vías no vectoriales de transmisión, principalmente transfusional y vertical (24).

La dificultad de reconocer la presencia de esta problemática en regiones de Argentina con bajo o nulo riesgo vectorial perjudica la sospecha clínica y la implementación de medidas de detección, tratamiento y control de las personas infectadas que viven en estos contextos, en particular en las ciudades (22). Por ello, afirmamos que la enseñanza del Chagas -particularmente en carreras biomédicas- requiere en la actualidad tener en cuenta los múltiples escenarios geográficos y socioculturales en los que la problemática se manifiesta, incluidos -pero no exclusivamente- los contextos “tradicionales” como los que se muestran en “Casas de Fuego”.

Casas de Fuego en 4 D

Las “huellas” de “Casas de Fuego” que reconocimos en el discurso de las/os estudiantes universitarios reafirman el potencial pedagógico de este relato cinematográfico. Por esto, aun reconociendo la necesidad de incorporar a la enseñanza del Chagas materiales que presenten la problemática de manera actualizada, subrayamos el valor de seguir promoviendo su visionado. En este sentido, a continuación presentamos una lectura crítica de la película, identificando las diferentes dimensiones del Chagas que atraviesan la trama e intentando delinear “pistas” sobre aquellos elementos que requieren actualización o una reflexión acerca de cómo han cambiado desde el contexto de la película hasta el presente.

Un modelo de cuatro dimensiones para comprender al Chagas

La “mirada” de Casas de Fuego que proponemos parte de considerar que la complejidad del Chagas puede ser comprendida a partir de la conjugación de elementos de, al menos, cuatro dimensiones (biomédica, epidemiológica, sociocultural y política) que se combinan metafóricamente en un “rompecabezas caleidoscópico” (25). Las relaciones establecidas dentro y entre las dimensiones provocan que, en determinado momento histórico y determinado lugar del mundo, la problemática del Chagas se manifieste con características particulares, en comparación con otras épocas y/o regiones. Sintéticamente, estas cuatro dimensiones podrían definirse de la siguiente manera:

- Dimensión biomédica: abarca los aspectos que van desde la biología del agente causal (el parásito *T. cruzi*) y del insecto vector (conocido en Argentina como vinchuca o chinche), hasta las cuestiones médicas relacionadas con la manifestación de la enfermedad, su diagnóstico, tratamiento y las vías de transmisión.
- Dimensión epidemiológica: incluye los elementos que permiten caracterizar la situación a nivel poblacional, a través de parámetros como prevalencia e incidencia, distribución, índices de infestación, entre otros. También se contempla aquí el fenómeno de los crecientes movimientos migratorios que dan forma a las nuevas configuraciones geográficas de la problemática, actualmente presente tanto en todo el continente americano como en países de Europa, Asia, África y Oceanía (24).
- Dimensión sociocultural: involucra aspectos relacionados con los saberes y prácticas culturales de los diferentes actores sociales involucrados, el manejo del ambiente, las particularidades de los contextos rurales y urbanos, las valoraciones sociales y prejuicios (discriminación, estigmatización, entre otras), la diversidad de maneras de entender y enfrentar el cuidado de la salud, entre otros.
- Dimensión política: comprende aquellas cuestiones relacionadas con la gestión pública y las toma de decisiones en los ámbitos sanitario, educativo, legislativo y económico; tanto a nivel local, como regional y mundial. También se incluyen dentro de lo político las relaciones de poder entre los diversos grupos sociales y aquellas decisiones -individuales y colectivas- que tomamos al momento de abordar el tema, los aspectos que priorizamos y los que omitimos.

Las dimensiones del Chagas presentes en la película

Casas de Fuego se sitúa entre mediados de la década del 1920 y la de 1940 y muestra cómo Salvador Mazza comienza a investigar en Chagas y las diversas barreras que tiene que atravesar a pesar de su esfuerzo e interés en la problemática. Zabala (26) explica que sus investigaciones y las de sus colaboradores fueron los primeros estudios sistemáticos que abordaron el tema, que luego permitieron que el Chagas sea reconocido como un problema de interés científico y social en nuestro país. En la película, podemos observar cómo Mazza comprueba la existencia de una gran cantidad de personas infectadas con el parásito, constata la presencia de los vectores en diferentes lugares del territorio nacional, reconoce diferentes fases de la enfermedad y ensaya diferentes tratamientos.

A continuación, a partir de una (re)visión analítica y crítica de la película, desarrollamos una a una las dimensiones de la problemática de Chagas tal y como entendemos que se plantean en este relato:

- Dimensión biomédica: de manera general vemos que el parásito (*T. cruzi*) es uno de los elementos centrales y “protagónicos” en torno a los cuales gira el relato sobre el Chagas. En particular, su observación -asociada por ejemplo a la noción de “diagnóstico” o “comprobación científica”- es tema de diversas escenas (Figura 2 A) y diálogos de la película. Con respecto a los insectos vectores, las vinchucas aparecen estrechamente vinculadas con momentos “dramáticos” de la historia, como la escena donde salen numerosas vinchucas de adentro de la cabeza de una muñeca (Figura 2 B). En cuanto a las vías de transmisión se menciona la vía vectorial, que era la única conocida hasta ese momento. En lo que respecta al cuadro clínico del Chagas, se plantean exclusivamente las situaciones de manifestaciones clínicas (corazones afectados, signo de Romaña y otros síntomas), todos “casos” de enfermedad en sí (en niños/as y personas adultas) donde la muerte es planteada casi como desenlace inevitable. A lo largo de la película, y en particular hacia el final, se menciona el tema del tratamiento etiológico.

- Dimensión epidemiológica: el carácter endémico del Chagas es subrayado a lo largo de toda la película, sin presentar una ubicación específica en determinada provincia o región sino planteando su amplia extensión en el territorio nacional (Figura 2 C). Se destaca el tren-laboratorio con el que el Dr. Mazza y su equipo recorrían el país buscando delimitar “hasta dónde llega esta enfermedad” (Figura 2 D). Además de Argentina, se nombra Brasil. El contexto epidemiológico destacado es el rural, aunque se menciona la potencial presencia urbana de la problemática. Se reconoce el posible “transporte pasivo” del *T. cruzi* a partir de los movimientos que realizan las personas trabajadoras. En la película, en este sentido, Mazza afirma: “todo trabajador golondrina la lleva consigo. En la sangre o entre sus pertenencias.” En cuanto a cifras o indicadores, casi al final se menciona la existencia en el país de “3 millones de chagásicos”.

- Dimensión sociocultural: el otro elemento central y “protagónico” en torno al cual gira el relato sobre el Chagas en Casas de Fuego, además del parásito mencionado en la dimensión biomédica, son los ranchos. Las viviendas campesinas construidas en adobe y paja cobran tal importancia desde la propuesta de la película que el título mismo tiene que ver con ellas (Figura 2 E), incluso en un fragmento, Salvador Mazza afirma: “la endemia chagásica no se acabará jamás mientras exista el rancho”. De la mano de este énfasis, se despliega la asociación casi lineal pobreza-ruralidad-ranchos-vinchucas- Chagas, como devenir unívoco de la existencia de la problemática. Esta asociación se refuerza además con el planteo explícitamente dicotómico entre las realidades urbanas y rurales. Por otra parte, las personas afectadas aparecen en cierta forma al mismo nivel que los parásitos, susceptibles de ser estudiadas. No se escucha su voz en ningún momento, salvo para pedir ayuda a los especialistas; en este mismo sentido, se detallan y subrayan prácticas y saberes

biomédicos, que son portados por profesionales varones (excepto una joven médica que se tiene que hacer pasar inicialmente por varón para ser aceptada en el grupo de trabajo de Salvador Mazza).

- Dimensión política: en el relato que plantea la película, alrededor del tema Chagas se manifiesta un entramado donde se ponen en juego el rol del estado, la posesión de la tierra, la reforma agraria, la industria farmacéutica y los intereses económicos de diversos sectores, el rol de quienes hacen ciencia y también de quienes promueven la religión católica. En este sentido, quedan explícitas ciertas relaciones de poder (dentro y entre “sectores”: iglesia/comunidad científica y academia/gobernantes/élites/prensa) que condicionan acciones y reacciones de los personajes. Las siguientes frases resultan elocuentes para ilustrar algunos de los aspectos mencionados:

“Usted habla de ciencia, yo hablo de fe. Nos disputamos el mismo rebaño: el hombre, el ser humano. Hágame caso, llévese sus papeles” (el sacerdote Kovacks a Salvador Mazza).

“Apoyé a su marido en todo: le presenté a las personas más importantes de la provincia. Hicimos donaciones, le conseguimos un tren... nosotros creíamos en él, y él... cómo nos paga? Poniéndonos a la gente en contra... levantando a la peonada. Pero ¿qué pretendía, por favor? ¿Que encima lo aplaudiéramos?” (Agustina, representante de la Asociación de Propietarios Rurales, a Clor, la esposa Mazza)

Vinculado a la dimensión política, también se percibe claramente cuáles son las “voces” autorizadas para hablar del tema (en detrimento del “silencio” de las personas afectadas, tal como mencionamos en la dimensión sociocultural). El aspecto económico cobra particular importancia, vinculado principalmente al financiamiento (público y privado) de la investigación, el desarrollo de medicamentos y la atención de la salud. Hacia el final de la película, la educación es mencionada como el “principal remedio” para hacer frente al Chagas.



Figura 2: Capturas de diferentes escenas de la película

Reflexiones finales

Como comentamos al inicio del artículo, estas páginas surgieron de atender particularmente un resultado emergente de una investigación más amplia que nos hizo pensar en las “huellas” que dejó esta película “Casas de Fuego” en la memoria y los saberes de estudian-

tes de la UNRC. A partir de reflexionar en torno a las características y el alcance de esas "huellas" destacamos dos consideraciones:

-es de tal magnitud su impronta que en algunos casos se recuerdan más ciertos aspectos de la película que nociones abordadas durante la carrera universitaria;

-en general, estas huellas representan la cara más tradicional y estereotipada del Chagas, asociada a un contexto de ruralidad y pobreza.

La primera reafirma la potencialidad de la película como recurso para enseñar el Chagas. La segunda, revela la mirada parcial de la problemática y el discurso estigmatizante sobre las personas afectadas que puede permanecer luego de su visionado, sin un acompañamiento docente adecuado.

A partir del análisis que realizamos, entendemos que esta película está atravesada por una mirada multidimensional del Chagas, resultando una invitación contundente para comprender la problemática más allá de los aspectos biomédicos. Al constatar el planteo multidimensional y complejo de "Casas de Fuego", destacamos el "poder" de la película como recurso para comprender diversos aspectos del tema (no solo de las dimensiones biomédica y epidemiológica, sino también la sociocultural y la política). Por esto, buscando tanto superar las "huellas" que puede dejar la película y -como vimos- refuerzan una mirada parcial y un discurso estigmatizante en torno al Chagas, como "aprovechar" al máximo el recurso, coincidimos con Revel Chion (13) cuando propone que esta película debe analizarse en las aulas a la luz de los cambios que se han producido (a nivel social, científico, médico), identificando los elementos vigentes y aquellos que han cambiado o han sido mejorados, reemplazados, corregidos. Creemos entonces que es necesario complementar su visionado con un acompañamiento que fomente una reflexión crítica y contextualizada, y con la incorporación de otros recursos más actualizados y de diferente naturaleza³ (otros materiales audiovisuales, fotografías, notas periodísticas, canciones, ilustraciones, testimonios de diferentes actores sociales vinculados con el tema, etc.).

Hilvanamos nuestra última reflexión a partir de las palabras que escribió Wolovelsky a propósito de la imagen final de Casas de Fuego: "Su mirada [la de Salvador Mazza] recorre al auditorio que lo alaba para quedar fija en un vacío y esperanzado punto que otros deberán habitar" (6, p205). Creemos que la película, con su potencial como recurso didáctico -siempre y cuando la multidimensionalidad que plantea pueda ser visibilizada y contextualizada-, puede interpelar a estudiantes de diversos niveles educativos en una invitación explícita a habitar ese lugar esperanzador donde el Chagas ya no sea motivo de discriminación y estigma.

Agradecimientos

Las autoras de este artículo agradecen especialmente a dos personas: Juan Bautista Stagnaro por su amabilidad y generosidad al enviarnos los diálogos y el guión original de la película Casas de Fuego; y a Alcira Rivarosa por la lectura crítica.

Referencias bibliográficas

1. Ambrós A, Breu R. Cine y educación. El cine en el aula de primaria y secundaria. Barcelona: Grao; 2007.
2. Pérez R. Cine y educación: explotación didáctica y algunas experiencias educativas. En: II congrés Internacional de Didáctiques. Gêneve: Université de Gêneve; 2010.
3. Astudillo C, Rivarosa A, Ortiz F. La reflexión metacientífica a través del cine: un estudio sobre los saberes docentes. Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias. 2012; 9 (3):376391.

³ Se pueden encontrar recursos y estrategias para contextos diversos en la página del Grupo ¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas? (www.hablamosdechagas.org.ar) y en la plataforma del Grupo Técnico de Información, Educación y Comunicación del Programa de Chagas de la OMS (www.beatchagas.info).

4. García F. Bienvenido mister cine a la enseñanza de las ciencias. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación Científica*. 2008; 6(1):79-91.
5. García F. Ágora: una aproximación al nacimiento del saber científico. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación Científica*. 2011; 7(3):708-728.
6. Wolovelsky E. Derribar la frontera interior. La palabra del cineasta. En: *Iluminación Narraciones de cine para una crítica sobre la política, la ciencia y la educación*. Buenos Aires: Editorial Biblos. 2013; 189-205.
7. Moratal Ibañez L, Carli A, Kennel B. Mal de Chagas. La enfermedad de la pobreza, Casas de fuego (1995). *R Med Cine*. 2006; 2 (2):66-73.
8. Moratal Ibañez L, Bertilotti L, Debenedetti S, Degrossi C, Aldana Marcos H. Aplicación del cine como estrategia didáctica para la enseñanza de la investigación científica. *Rev Med Cine*. 2010; 6(1):24-28.
9. García Sánchez J E, García Sánchez E, Merino Marcos ML. Antiviral, antifungal and antiprotozoal agents in the cinema. *Rev Esp Quimioterap*. 2007; 20(1):106-111.
10. Gortari M C, Bonzo E, Muller R, Rodríguez Mendoza N, Simpson M I. Cine y educación: ¿Qué piensan los alumnos de epidemiología y salud pública básica? En: *X Taller Internacional de Extensión Universitaria. 7mo Congreso Internacional de Educación Superior*, La Habana, Cuba; 2010.
11. Basso B, Moretti, E. Chagas. De exótica patología tropical a enfermedad globalizada. *Rev Med Cine*. 2012; 8(1):4-11.
12. Carbajo A. El cine como estrategia didáctica para la enseñanza de la biología. *Revista Boletín Biológica*. 2014; 32:9-13.
13. Revel Chion A. Educación para la salud. Enfoques integrados entre salud y ambiente. *Propuestas para el aula*. Buenos Aires: Paidós; 2015
14. Costamagna S R, Visciarelli E, Lucchi L, Basabe N, Randazzo, V. Enseñanza de la enfermedad de Chagas-mazza, carrera de Bioquímica, Universidad Nacional del Sur, Argentina. *Revista Aula Universitaria*. 2016; 18.
15. Furman M. Guía didáctica basada en ponencias del 18º Foro Internacional de Enseñanza de Ciencias y Tecnologías “Ciencias y Tecnología en 3D: Datos, Didáctica y Diseño” Casos de historia de las Ciencias como oportunidad para la formación del pensamiento [internet]; 2018. Disponible en: https://entrecomillas.el-libro.org.ar/wp-content/files_mf/1565181242Gu%C3%ADadidacticaFurmanVersionfinal.pdf [consultado 29/05/21] Ministerio de Educación de la Nación. Guía didáctica para el análisis de la película “Casas de fuego”. Ciudad de Buenos Aires: Unidad de Recursos Didácticos, Ministerio de Educación; 2001.
16. Gortari M C. (Re) Pensar los procesos de salud-enfermedad a partir de recursos y estrategias no convencionales. Trabajo final de especialización. UNLP; 2014. Disponible en http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/52660/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=3&isAllowed=y
17. Pastorino I, Huljich M, Astudillo C, Sanmartino M. Miradas en torno a una problemática socioambiental compleja: las concepciones sobre el Chagas de estudiantes avanzados de la Licenciatura en Biología de la UNRC. En: *XII Jornadas Nacionales, VII Congreso Internacional de la Enseñanza de la Biología y III Congreso Internacional de Enseñanza de las Ciencias (CIEC)*. Buenos Aires: ADBIA; 2016.
18. Tineo González E, Ponte C. Representaciones Sociales de la enfermedad de Chagas: dimensiones y estructura. *Revista de Investigación*. 2013; 37 (78):145-165.
19. Sanmartino M, Menegaz A, Mordeglia C. La problemática del Chagas en 4D: representaciones de docentes de Nivel Inicial y Primario de La Plata. En: *III Jornadas de Enseñanza e Investigación Educativa en el campo de las Ciencias Exactas y Naturales*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2012.
20. Crocco L, López A G, Rodríguez C. Chagas en Argentina: ¿qué saben los docentes?. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2013; 15(1):75-87.
21. Mendicino D, Cuaglini J, Giraldez E, Nepote M. Conocimientos sobre la enfer-

- medad de Chagas en estudiantes de Enfermería de Argentina. *Educación Médica Superior*. 2019; 33(1): e1538.
22. Briceño-León R, Méndez Galván J. The social determinants of Chagas disease and the transformations of Latin America. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2007; 102:109-112.
 23. Avaria A, Ventura-Garcia L, Sanmartino M, Van der Laat C. Population movements, borders, and Chagas disease. *Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro*. 2021; 116: e210151.
 24. Sanmartino M. (Coordinación) *Hablamos de Chagas. Aportes para (re)pensar la problemática con una mirada integral*. Contenidos: Amieva C, Balsalobre A, Carrillo C, Marti G, Medone P, Mordeglia C, Reche VA., Sanmartino M, Scazzola MS. Buenos Aires: CONICET; 2015
 25. Zabala JP. *La enfermedad de Chagas en la Argentina: Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2010.

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE ESCALA DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DESIGN AND VALIDATION OF CONTENT OF LITERACY SCALE IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH

DESENHO E VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DA ESCALA DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Resumen

Objetivo: Diseñar y evaluar validez de contenido y estructura factorial de una escala para medir el nivel de Alfabetización en Salud Sexual y Reproductiva (AS-SR) en estudiantes universitarios. **Métodos:** El diseño se basó en el modelo de Sorensen, integrando sus 3 ámbitos (promoción, prevención y atención) con 5 subdimensiones de salud sexual y reproductiva propuestas por el investigador. Se valida contenido mediante juicio de expertos, resultando instrumento con 4 subescalas. Pilotaje evalúa confiabilidad y análisis factorial exploratorio (AFE). **Resultados:** Categorías de pertinencia y relevancia presentaron mayores consensos; claridad demandó mayores modificaciones en ítems. Se obtiene Razón de Validez de Contenido sobre 0,85 en todos los ítems e Índice de Validez de Contenido de 0,84. AFE identifica 4 factores, con coeficientes de fiabilidad sobre 0,93. **Conclusiones:** La escala presenta validez de contenido y estructura factorial concordante al diseño de 4 subescalas. Se requieren aplicaciones con mayor muestra y validación de constructo mediante análisis factorial confirmatorio.

Palabras clave: salud reproductiva y planificación familiar; alfabetización en salud; evaluación de la situación de salud; comunicación de salud.

Juan Guerrero Núñez

Departamento de Obstetricia y Puericultura,
Universidad de Atacama.
Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4913-8110>
Contacto: juan.guerrero@uda.cl

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34244>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 29 de julio de 2021.
Aprobado: 19 de noviembre de 2021.

Abstract

Objective: Design, evaluate content validity and factorial structure of a scale to measure the level of Literacy in Sexual and Reproductive Health (AS-SR) in university students. **Methods:** The design was based on the Sorensen model, integrating its 3 areas (promotion, prevention and care) with 5 sub-dimensions of sexual and reproductive health proposed by the researcher. Content is validated through expert judgment, resulting in an instrument with 4 subscales. Piloting evaluates reliability and exploratory factor analysis (EFA). **Results:** Relevance and relevance categories presented greater consensus; clarity demanded greater modifications in items. A Content Validity Ratio of 0.85 is obtained in all items and a Content Validity Index of 0.84. AFE identifies 4 factors, with reliability coefficients over 0.93. **Conclusions:** The scale presents content validity and factorial structure concordant to the design of 4 subscales. Applications with a larger sample and construct validation through confirmatory factor analysis are required.

Key words: reproductive health and family planning; health literacy; health situation assessment; health communication.

Resumo

Objetivo: Descrever a experiência e os resultados do desenho, validação de conteúdo e análise exploratória da estrutura fatorial, escala para medir o nível de Alfabetização em Saúde Sexual e Reprodutiva (AS-SR) em estudantes universitários. **Métodos:** Estudo descritivo e psicométrico, que por meio de construção de modelos de itens teóricos delineamento; Por meio de protocolo, treinamento da metodologia Delphi e julgamento de especialistas, desenvolve a validação de conteúdo; e Análise Fatorial Exploratória (EFA). **Resultados:** foram elaborados 15 itens para a subescala “acesso”, 3 itens não necessitaram de modificações. O V de Aiken e a Razão de Validade de Conteúdo apresentam valores acima de 0,85 em todos os itens e índice de validade de conteúdo de 0,84. A subescala validada permitiu a geração de mais 3 subescalas, completando um total de 60 itens. AFE identifica 4 fatores equivalentes a 4 subescalas projetadas, com coeficientes de alta confiabilidade (acima de 0,93). **Conclusões:** Existe uma escala de conteúdo validado, com estrutura fatorial compatível com o delineamento das 4 subescalas.

Palavras-chave: saúde reprodutiva e planejamento familiar; avaliação da situação de saúde; comunicação de saúde.

Introducción

El Glosario de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la Alfabetización en Salud (AS) está constituida por habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud (1). Sorensen et al., concluyen que “la alfabetización sanitaria está vinculada a la alfabetización e implica el conocimiento, la motivación y las competencias de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información sanitaria con el fin de emitir juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana en materia de atención sanitaria, prevención de enfermedades y promoción de la salud para mantener o mejorar la calidad de la salud durante el curso de la vida” (2). Además, propusieron un modelo conceptual que mediante una matriz, integra 4 dimensiones relacionadas a la gestión de la información en salud (acceder, comprender, valorar y aplicar) y 3 ámbitos (Promoción, prevención y atención sanitaria), a partir de la cual se diseñó el instrumento European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (3).

Una revisión que incluye 17 estudios ha evidenciado una relación lineal significativa con comportamientos de salud en la población adolescente (4). Otros estudios basados en modelos de información-motivación-habilidades de comportamiento, han reportado relación entre AS y la toma de decisiones en salud, concluyendo que es posible mejorar la toma de decisiones al intervenir la AS (5). Así, la AS en el marco referencial de la Promoción de la Salud, contribuye a que ante el mayor acceso a información, las personas desarrollen, bienestar y mayor control sobre su salud (6).

Cuando los niveles de AS se comparan entre distintos grupos socioeconómicos, minorías y escolaridad, se observa gradiente social y el refuerzo de desigualdades (7). En América Latina, esto se evidencia en adolescentes y mujeres jóvenes de grupos sociales desfavorecidos, las que al saber menos sobre el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y su mecanismo de transmisión, presentan menor probabilidad de usar preservativos (8). En estudiantes universitarios, se ha identificado asociación entre altos niveles de AS y las variables: padres con mayor nivel educacional, mayor número de chequeos, mejor estado de salud autoinformado, consultar mayor número de fuentes de información, ser estudiante de carreras del área de la salud y presentar conductas saludables (9,10); en cambio (9) bajos niveles de AS se asociaron a altos niveles de angustia, especialmente en mujeres (9). Existiendo varios estudios de AS general, es en salud sexual y reproductiva (SSR), donde se requiere avanzar en investigaciones que evalúen su relación con problemas propios de la región en poblaciones jóvenes, como lo es el embarazo adolescente y el VIH (8,11). Más aún cuando un documento reciente de CEPAL reitera que desde la política pública en América, garantizar SSR requiere de estrategias educativas y comunicacionales que la promuevan, servicios especializados de información y orientación, además del acceso a servicios de anticoncepción y de protección ante situaciones de vulnerabilidad de derechos de libertad frente a la sexualidad (12).

Se han reportado diversas experiencias y modelos de instrumentos de medición del nivel de AS general, pero solo una de validación de una escala que mide la AS en SSR, reportando buenos resultados psicométricos, pero en una muestra reducida de 30 estudiantes de medicina (13). Otras experiencias internacionales, limitan sus objetivos a evaluar conocimientos generales y actitudes sobre las prácticas sexuales de riesgo y anticoncepción (14,15).

Evaluar integralmente el estado de salud, no solo exige medir parámetros mediante métodos directos y objetivos, como en aspectos biológicos, cuyas mediciones han desarrollado avances innegables en calidad y precisión. Se precisa de herramientas que conviertan aspectos subjetivos en parámetros medibles, debiéndose refinar la precisión de instrumentos, para obtener en forma válida y confiable la percepción subjetiva de las personas (16). Desde principios del siglo XX, la Psicología Social contribuyó al desarrollo de técnicas de medición mediante escalas para actitudes, que sistematizaron procesos de medición subjetiva (17). Entre estas, las escalas aditivas de Likert, que sin mayores complejidades de elaboración (18), poseen una serie de ítems que procuran reflejar aspectos de un constructo o variable latente. Las respuestas categorizadas con valor numérico en nivel ordinal, permiten medir un puntaje total (19,20), brindando mayor objetividad, elevados índices de validez y fiabilidad, siendo el número de ítems requeridos, menores a otros tipos de escala (18). Entre 4 y 7 se considera el número óptimo de alternativas, en menos de 4 la confiabilidad y validez disminuyen y sobre 7 no existen mejoras psicométricas significativas (21). Diseñar un instrumento de medición en salud, involucra un proceso complejo que integra múltiples disciplinas, metodologías, técnicas cualitativas y cuantitativas (16). Se inicia conceptualizando y operacionalizando el constructo en estudio, especificando sus dimensiones e indicadores a medir, a partir de los cuales se diseñan estrategias de medición mediante ítems; siendo estos, un universo relevante y representativo de las dimensiones, dominios o factores del constructo no observable que se pretende medir (22,23). Según Hernández Sampieri, al desarrollar un instrumento, conviene diseñar un elevado número

de ítems, a partir de los cuales se elegirán los que aporten más a su confiabilidad, validez y objetividad; evitando redundancias excesivas (24). La validez se clasifica en validez de apariencia, de contenido, de criterio y de constructo (25).

La validez de contenido, se describe como la evidencia del grado en que las mediciones realizadas mediante los ítems del instrumento, representan el universo o dominio del constructo; requiriendo del juicio de expertos y la evaluación de aspectos cualitativos y cuantitativos (26). Entre los cualitativos, se requiere análisis de contenido de los aportes y propuestas brindadas por juicio de expertos; entre los cuantitativos, se deben aplicar pruebas e indicadores, entre los que destacan los estadísticos descriptivos (media, mediana, rango intercuartílico relativo, coeficiente de variación) (27) y los coeficientes V de Aiken, la Razón de Validez de Contenido e Índice de Validez de Contenido, propuestos por Lawshe (26). La W de Kendal permite medir en escalas ordinales, la concordancia en estudios interjuicios, interpretando que esta aumenta cuando el coeficiente se acerca a 1 (22).

El juicio de expertos no debe limitarse a aplicar métodos de evaluación cuantitativa y elaboración de índices, sino permitir la interacción entre jueces. En este sentido, el método Delphi permite un proceso dinámico, flexible, con retroalimentación (28), iterativo, anónimo, de feedback controlado, brindando estadísticas e informes, aportando a consolidar el pensamiento del grupo (27). Para esto, la metodología debe marcar claramente el camino de validación mediante el uso de técnicas de recogida de información cualitativa y cuantitativa, donde el experto debe saber en cuantas fases y tareas deberá participar (29).

La Salud Pública requiere de instrumentos válidos y fiables que midan la AS, para contar con métricas diagnósticas en temas de interés y grupos vulnerables, a fin de evaluar su relación con otros determinantes de la salud y establecer estrategias de intervención. Siendo la SSR un tema de interés en la región, sobre todo en adolescentes y jóvenes, el presente trabajo pretende diseñar y evaluar validez de contenido y estructura factorial de una escala para medir el nivel de alfabetización en salud sexual y reproductiva (AS-SR) en estudiantes universitarios.

Métodos

Se realizó un estudio psicométrico para validación de contenido de un instrumento diseñado para medir nivel de AS-SR en población adolescente y joven. Se implementaron 3 etapas: Primera, diseño del instrumento; segunda, validación de contenido; y tercera, evaluación exploratoria de estructura factorial.

En fases previas al diseño, para conocer teorías, modelos y dimensiones de AS y de SSR, se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando en idioma español e inglés los conceptos “Alfabetización en Salud”, “Salud sexual y reproductiva”, “Sexualidad adolescente”, “Sexualidad en Jóvenes”, mediante EndNote, realizando análisis de contenido en artículos de los últimos 5 años. Mediante grupos focales con estudiantes de enseñanza secundaria y terciaria, se explora la percepción en cuanto al concepto “salud”, “salud sexual”, “determinantes de la salud” y “acceso a información”. Los resultados se cotejan mediante consulta individual a expertos en salud sexual.

Primera Etapa: Se diseñó una escala que integra los constructos de AS y SSR. Para AS se utilizó como referente el modelo de Sorensen de 4 dimensiones (acceder, comprender, evaluar y aplicar) y 3 ámbitos (promoción, prevención y atención) (3). Para SSR, el autor propuso 5 subdimensiones: Estado de Salud, actividades o intervenciones, comportamientos, fuentes de información y desarrollo sexual, las que surgieron de la fase previa al diseño. La redacción de ítems se orientó mediante una matriz de doble entrada que combina los 3 ámbitos con las 5 subdimensiones, generando un modelo de 15 celdas, según muestra figura N°1. Se diseñó un ítem para cada celda, con 4 opciones de respuestas: “Muy difícil”, “Difícil”, “Fácil” y “Muy fácil”, todas con la misma direccionalidad y valores de 1 a

4, donde los mayores puntajes indican mayor nivel de AS. Para evitar redundancias en el trabajo de validación, se acordó con los expertos trabajar en la validación de los 15 ítems, aplicando el encabezado de la subescala “acceder”, quedando: “Que tan fácil o difícil es para ti acceder a información...”. Una vez validados, se adaptaron con encabezados pertinentes a las otras 3 dimensiones del modelo de Sorensen.

Segunda Etapa: Se conformó un panel de expertos, mediante una convocatoria dirigida a correos personales de académicos de 4 Universidades Chilenas, representantes del Ministerio de Salud de Chile, Secretaría Regional Ministerial de Salud Atacama y UNESCO Chile; seleccionados por su formación de pre y postgrado, experiencia y diversidad laboral en ámbitos de la SSR y trabajos previos en AS, aceptando la invitación 9 expertos respondiendo el consentimiento respectivo. Además, se incorporó una psicopedagoga postgraduada, con experiencia en evaluación de estudiantes adolescentes y jóvenes, para brindar apoyo lingüístico en corrección y redacción de ítems en cada versión (inicial, intermedia y final). Se diseñó un protocolo de validación de contenido, incluyendo: breve marco conceptual, explicación sobre la metodología Delphi que sistematizaría la interacción online en tres fases y los formularios para evaluación cualitativa y cuantitativa; comprometiéndose la retroalimentación mediante un informe con el análisis de comentarios, resultados y la nueva versión de la escala. Los formularios de evaluación presentaban los ítems agrupados según subdimensiones a las que pertenecían, permitiendo mediante las categorías claridad, pertinencia y relevancia evaluar cada ítem; y mediante categoría suficiencia, las 5 subdimensiones. Los expertos realizaron su evaluación mediante valoraciones de 1 a 4 según los criterios bibliográficos explicados en protocolo (22), mediante un proceso iterativo, según establece la metodología. Previo a esta etapa de validación, se entrenó al equipo de expertos con un trabajo equivalente, validando otro instrumento diseñado por el investigador, permitiendo familiarizarse con la metodología de validación e implementar mejoras en las fases del nuevo proceso. A partir de los ítems validados, se generaron las 4 subescalas, cada subescala con la explicación breve de su concepto y una frase que mediante un sinónimo señala lo que se pretende medir o evaluar (3): “Acceder”, “Comprender”, “Evaluar” y “Aplicar”. Se reenvió a los expertos la versión final, a fin de recibir nuevas observaciones o solicitudes de modificación.

Pruebas estadísticas: Las evaluaciones de categorías aplicadas a ítems y subdimensiones se analizaron mediante pruebas de tendencia central, dispersión y posición; de consenso mediante coeficientes de variación y rango intercuartílico relativo. La consistencia de respuestas mediante alfa de Cronbach; concordancia mediante W de Kendall (22,27); relevancia de los ítems mediante coeficientes de V de Aiken, prueba de Lawshe y cálculo de Índice de Validez de Contenido (26), siendo aplicadas también a las otras 3 categorías para evaluar el nivel de acuerdo del equipo.

Tercera Etapa: Para la evaluación exploratoria de la estructura factorial, durante Octubre y Noviembre del 2020, se aplicó el instrumento a una muestra por conveniencia de 100 estudiantes de diferentes facultades de la Universidad de Atacama, Chile. Se reserva a una futura experiencia, la aplicación a una mayor muestra, para evaluar validez de constructo y desarrollar una última versión más breve y parsimoniosa. Los participantes fueron invitados mediante correos electrónicos y video explicativo del investigador, señalando los objetivos, el carácter voluntario y confidencial, los aspectos éticos y el manejo de la información. Por confinamientos de pandemia, se aplicó en formato autoadministrado de formulario online de Google, incluyendo el consentimiento informado y preguntas de variables sociodemográficas.

Pruebas estadísticas: Se aplicó AFE con método de máxima verosimilitud, prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y esfericidad de Bartlett, gráfico de sedimentación, varianza explicada, extracción de número fijo de 4 factores, comparando resultados de 2 métodos

de rotación: oblicua mediante Oblimin con saturaciones superiores a 0,3 y octogonal Varimax con saturación de 0,4. Se calculó fiabilidad mediante Omega de McDonald (criterio de pruebas: Mayor o igual a 0,7), ya que las variables son ordinales con menos de 5 alternativas y su cálculo no depende del número de ítems (30); para fines comparativos, se calculó Alfa de Cronbach y prueba de dos mitades de Guttman.

Las respuestas de segunda y tercera etapa se exportaron a planillas Excel, desde las que se traspasaron a SPSS versión 27 y JASP 0.14.1. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Antofagasta.

Resultados

La revisión bibliográfica permitió identificar la teoría y estructura del modelo de AS usado como referente y la experiencia de diseño del instrumento aplicado en 8 países europeos (3). También se identificaron componentes de la SSR, lo que se complementó con grupos focales que contribuyeron a comprender la percepción de adolescentes y jóvenes respecto a su estado de salud y sus determinantes, entre las que destacaron las fuentes de información, los comportamientos, el desarrollo sexual y la oferta de actividades para aprender sobre su propia salud sexual y reproductiva. Estos resultados previos fueron presentados a expertos, quienes, con sus sugerencias y comentarios, contribuyeron a la generación y aprobación de 5 subdimensiones, que están contextualizadas en los 3 ámbitos del modelo referente, permitiendo evaluar el nivel de competencias para “gestionar información”: para mantenerse sano (Promoción), evitar daños (Prevención) y resolver problemas de SSR (Atención). Por tanto, cada subdimensión agrupa 3 ítems, redactados en función a:

- 1.- Estado de Salud: Gestiona información para el control de su SSR: mantenerse sano (Promoción), evitar daños (Prevención) y buscar soluciones a sus problemas de salud (Atención).
 - 2.- Acciones o Intervenciones: Gestiona información recibida en actividades organizadas en su comunidad (ciudad, barrio, escuela, etc.), para el autocontrol de su salud.
 - 3.- Comportamientos: Gestiona información que le permita identificar comportamientos determinantes de su SSR.
 - 4.- Fuentes de Información: Gestiona información brindada por medios comunicacionales masivos y equipos de salud, en el contexto de la promoción de la salud, la prevención y atención o cuidados.
 - 5.- Desarrollo sexual: Gestiona información sobre aspectos generales para el bienestar integral del desarrollo sexual, la identificación de riesgos para anticipación del daño y asistencia, tratamiento y resolución de problemas.
- Profundizar en aspectos de esta etapa previa, escapa a los objetivos de la presente comunicación.

Primera Etapa: El modelo matricial orientó y facilitó al autor, la creación de una propuesta de 15 primeros ítems. Esto aseguró la mayor representación posible del dominio de contenido de los constructos AS y SSR. Esta primera propuesta se caracterizó por poseer una redacción general, que para fines didácticos se aplicó primero a la subescala “acceder” y luego de su validación, a las otras subescalas comprometidas. El uso de los mismos ítems en subescalas de dimensiones diferentes exige al evaluado demostrar su capacidad para gestionar la misma información en SSR en forma progresiva desde el acceder al aplicar. Para efectos psicopedagógicos, a fin de facilitar al encuestado la discriminación entre estos niveles progresivos de exigencia, cada subescala posee en su encabezado: el nombre de la dimensión, una explicación breve de su concepto y una frase que mediante un sinónimo señala lo que se pretende medir o evaluar. La primera versión fue revisada por psicopedagoga, quien propuso ajustes a la estructura gramatical, con el propósito de utilizar un lenguaje más pertinente y comprensible a adolescentes y jóvenes.

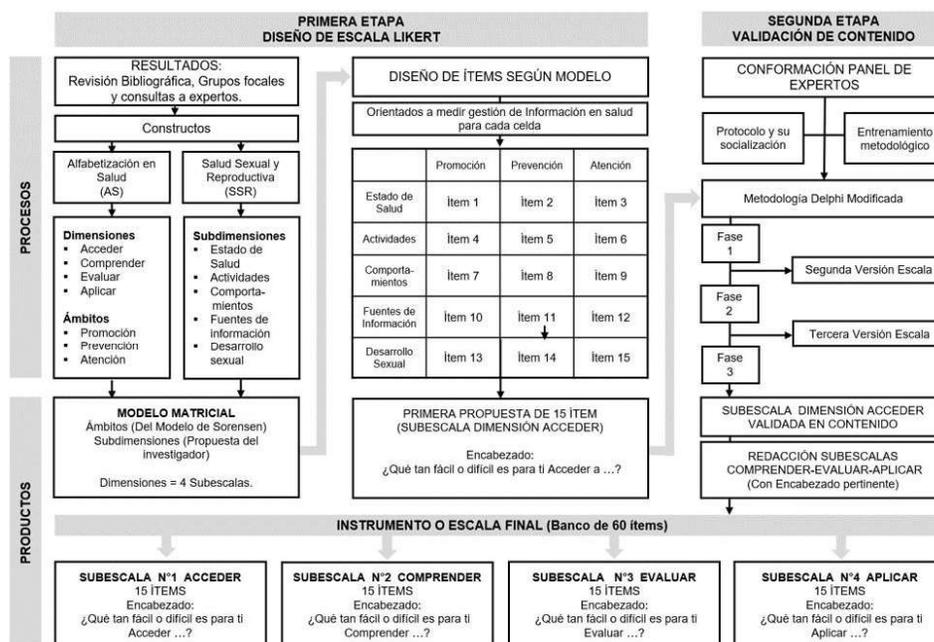


Figura 1. Etapas de diseño, validación de contenido y análisis factorial de escala en estudio

Segunda Etapa: El protocolo y entrenamiento, como estrategias previas al proceso de validación, fueron bien evaluadas por los expertos, quienes tuvieron la oportunidad de proponer mejoras. Entre estas, se aumentó tiempo para evaluaciones y análisis de informes, lo que generó mayor demora de respuestas en fases 2 y 3 de metodología Delphi, pero permitió asegurar participación total de expertos en cada fase. Otra mejora del proceso fue implementar la totalidad de formularios en formato online de Google, ya que ofrecían mayor comodidad que las planillas Excel usadas en el entrenamiento, optimizando tiempos, evitando omisiones de respuestas, facilitando uso y envío de formularios.

Respecto a evaluación cualitativa: Durante las 3 fases del Delphi, los ítems 3, 12 y 13 no recibieron comentarios, propuestas de cambio o solicitud de mejoras. La fase 1 presentó la mayor cantidad de preguntas y propuestas de cambios principalmente en categoría claridad, asociadas a redacción, uso de artículos y a incorporar conceptos que facilitarían la comprensión. Por ejemplo, al usar el concepto “*comportamientos*”, repetidamente los expertos solicitaron agregar la frase “*o conductas*”. Además, se solicitó eliminar palabras aparentemente innecesarias, por ejemplo, en frase “*Acceder a información sobre alteraciones o problemas en el desarrollo sexual, sus tratamientos y lugares donde consultar*”, se solicitó eliminar la palabra “*lugares*”. Cada nueva versión era presentada a profesional psicopedagoga, para los fines ya comentados.

Las evaluaciones cuantitativas se aplicaron en fase 1 y 2 para categorías claridad, pertinencia y suficiencia; relevancia se evaluó en fase 3. La evaluación de claridad presentó la mayor dispersión de evaluaciones, sobre todo en ítems 1, 2 y 4; Sin embargo, la evaluación final es favorable, ya que 13 ítems presentaron el 50% de los expertos evaluando con puntaje 4 (mediana=4) y un promedio mínimo de 3,22 en ítems 1 y 2 (cuadro 1). Pertinencia y suficiencia presentaron menos dispersión con promedio mínimo de 3,56 y todas las medianas en 4.

CUADRO 1. Descriptivos y coeficientes para categorías de validación de contenido, según evaluación de juicio de expertos.

Ítems	CLARIDAD *							PERTINENCIA *							RELEVANCIA **						
	Media	Me	DE	CV	RIR	VA	RVC	Media	Me	DE	CV	RIR	VA	RVC	Media	Me	DE	CV	RIR	VA	RVC
1	3,22	3,00	0,67	0,21	0,33	0,74	0,89	3,78	4,00	0,44	0,12	0,13	0,93	1,00	3,78	4,00	0,67	0,18	0,00	0,93	0,89
2	3,22	3,00	0,67	0,21	0,33	0,74	0,89	3,67	4,00	0,71	0,19	0,13	0,89	0,89	3,56	4,00	0,73	0,20	0,25	0,85	0,89
3	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00
4	3,44	4,00	0,73	0,21	0,25	0,81	0,89	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	3,56	4,00	0,73	0,20	0,25	0,85	0,89
5	3,78	4,00	0,44	0,12	0,13	0,93	1,00	3,78	4,00	0,44	0,12	0,13	0,93	1,00	3,67	4,00	0,71	0,19	0,13	0,89	0,89
6	3,78	4,00	0,44	0,12	0,13	0,93	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	3,56	4,00	1,01	0,29	0,13	0,85	0,89
7	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00
8	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,78	4,00	0,44	0,12	0,13	0,93	1,00
9	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00
10	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,78	4,00	0,67	0,18	0,00	0,93	0,89	3,67	4,00	0,50	0,14	0,25	0,89	1,00
11	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	3,56	4,00	0,73	0,20	0,25	0,85	0,89
12	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	3,78	4,00	0,44	0,12	0,13	0,93	1,00
13	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,56	4,00	0,73	0,20	0,25	0,85	0,89
14	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00
15	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	3,89	4,00	0,33	0,09	0,00	0,96	1,00	3,67	4,00	0,71	0,19	0,13	0,89	0,89
W Kendall			0,32	p<0,001						0,30	p<0,001						0,43	p<0,001			
Alfa de Cronbach			0,69							0,86							0,89				

FUENTE: Elaboración Propia

*: Valores de Fase 2 (Delphi) **: Valores Fase 3 (Delphi)

Me: Mediana DE:Desviación estandar CV:Coeficiente de Variación RIR:Rango intercuartílico relativo
VA: V de Aiken RVC:Razón de Validez de Contenido

Luego de modificaciones estimadas pertinentes en fase 1, surgió la segunda versión de la escala, la cual se sometió a evaluación en fase 2, donde cualitativamente se registró disminución de comentarios y cuantitativamente menor variabilidad según pruebas de dispersión. El cuadro 1 muestra que claridad presenta solo 5 ítems (9 en fase 1) con dispersión sobre lo esperado (coeficiente de variación >20 y rango intercuartílico relativo >10) (27); pertinencia presenta 3 ítems en las mismas condiciones. Suficiencia presentó media de 3,7 y mediana de 4, sin solicitudes o comentarios que solicitaran aumentar o cambiar ítems. Obtenida tercera versión de la escala se avanzó a fase 3 para evaluar relevancia, dándose la posibilidad de eliminar ítems. En esta, 10 ítems presentaron alta dispersión, pero con coeficientes V de Aiken y Razón de Validez de Contenido con valores sobre 0,85 en todos los ítems e índice de validez de contenido de 0,84. Menor alfa de Cronbach lo presentó claridad y el mayor relevancia. Mediante W de Kendal con p<0,001, se observa mayor concordancia en relevancia y menor en pertinencia. Se cierran fases de metodología Delphi, con última versión de la escala.

Tercera Etapa: Se aplica el instrumento a muestra de 100 personas, de las cuales 80 son mujeres, con media de edad de 22 años, 94 solteras, 24 sin seguros de salud, 28 necesitan trabajar para su manutención, 27 provienen de familias con menos de 1 sueldo mínimo mensual y 43 practican alguna religión. La orientación sexual más frecuente es heterosexual (81), seguida por bisexual (15). Presentan mayor consumo de alcohol (79), seguido por tabaco (28) y otras drogas (19). Entre antecedentes de salud sexual y reproductiva, 60 tienen pareja sexual, 81 han iniciado su actividad sexual, 70 la iniciaron antes de los 19 años y 13 antes de los 15 años, 24 no usaron preservativos en su primera relación, 37 usan preservativos (con o sin otro método anticonceptivo) y 6 poseen hijos.

Se obtiene prueba de KMO de 0,881 y esféricidad de Bartlett de 7570,708; $gl=1770$ y $p<0,001$. Mediante rotación con método Oblimin, el análisis exploratorio identificó 4 factores, que agrupan los 15 ítems de cada subescala (Cuadro 2), con una varianza explicada acumulada del 68,3%; subescala acceder de 5,1% (factor 3), comprender 2,9% (factor 4), evaluar 55,64% (factor 1) y aplicar 4,64% (factor 2). Mediante método de rotación Varimax se identificaron 4 factores concordantes con las 4 subescalas, con varianza explicada acumulada de 68,3% distribuida en forma más homogénea; subescala acceder de 14,07% (factor 4), comprender 15,73% (factor 3), evaluar 19,49% (factor 1) y aplicar 19,01% (factor 2).

La subescala Acceder presentan coeficientes de fiabilidad de 0,93 y las otras tres (comprender, evaluar y aplicar) coeficientes superiores a 0,97 (cuadro 3); la escala completa presentó coeficientes de 0,99 (Omega de McDonald y Alfa de Cronbach) y 0,928 (Dos mitades).

Subescalas acceder y evaluar presentan coeficientes de variación superiores a 0,2 y todas las subescalas presentan rangos intercuartílicos sobre 0,10, lo que muestra una alta variabilidad de puntajes. No se observa efecto suelo o techo en la escala ni en sus subescalas (31).

CUADRO 3: Coeficientes de fiabilidad, según escala y subescalas

	Min	Max	p25	p50	p75	CV	RIR	ES	ET	Omega de McDonald	Alfa de Cronbach	Dos mitades
Subescala ACCEDER	15	60	37	42	45	0,21	0,20	1	1	0,94	0,94	0,93
Subescala COMPRENDER	19	60	43	45	54	0,20	0,24	0	9	0,98	0,98	0,98
Subescala EVALUAR	15	60	42	45	51	0,21	0,21	1	9	0,98	0,98	0,98
Subescala APLICAR	19	60	41	45	53	0,20	0,27	0	10	0,97	0,97	0,97
ESCALA	76	240	163	178	200	0,19	0,21	0	2	0,99	0,99	0,93

Nota: Subescalas con puntajes de 15 a 60 y escala de 60 a 240.

CV: Coeficiente de variación RIR: Rangointercuartílico relativo ES: Efecto suelo (%) ET: Efecto techo (%)

Fuente: Elaboración Propia

Discusión

Las fases previas al trabajo demostraron, mediante la búsqueda bibliográfica, que existen escasas experiencias de diseño de escalas en SSR, dedicándose mayoritariamente al estudio de conocimientos y actitudes. Respecto a la AS-SR, esto es aún más escaso, existiendo una sola experiencia latinoamericana, basada en la adaptación del instrumento European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), aplicada a una muestra de 30 estudiantes de medicina, reportando buenos resultados psicométricos (13).

La principal aportación del presente trabajo es que, a diferencia de trabajos de adaptación de instrumentos, ofrece a la comunidad científica una propuesta original de ítems para medir la AS-SR, cuyos fundamentos teóricos pertenecen al modelo de AS de Sorensen (utilizado como referente) y a 5 subdimensiones propuestas por el investigador. Las 5 subdimensiones son el resultado de revisiones bibliográficas, grupos focales y consultas individuales a expertos. Fueron propuestas para evaluar el nivel de AS-SR, siendo aprobadas por el equipo de expertos y refrendadas mediante el proceso de validación de contenido. Sin embargo, este aporte debe ser complementado con futuras experiencias.

El producto final es una escala de 60 ítems, estructurada por 4 subescalas de 15 ítems cada una, que integra no solo constructos de interés creciente y relevantes frente a compromisos de la Agenda 2030, por ejemplo, sino además está dirigida a una población que ha demostrado vulnerabilidad frente a problemas no resueltos en la Región de las Américas, como es el embarazo adolescente no deseado, infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Respecto a problemáticas de salud adolescente y joven, la escala se hace cargo en forma directa, al pretender reportar las capacidades para gestionar la información en salud, tema de escaso desarrollo investigativo.

La escala se encuentra con validación de contenido para la población adolescente y joven chilena, sin embargo, es un instrumento que podrá ser adaptado culturalmente a cualquier país, sobre todo a países hispanohablantes. En este sentido, cabe mencionar que existen experiencias de adaptación de instrumentos de AS de origen inglés al español (13), al portugués (32) y a diversos idiomas asiáticos(33), con resultados psicométricos semejantes a los estudios originales.

Respecto al proceso de validación de contenido, de las 4 categorías aplicadas en la eva-

luación de ítems (caridad, pertinencia, suficiencia, relevancia), claridad presentó la mayor dispersión y siempre fue complementada con aportes cualitativos orientados a mejorar la redacción. Esto fue notable en los ítems 1 y 2 que lógicamente, podrían presentar diversas estructuras gramaticales, tal como se demuestra a continuación, donde el lector podría generar sus propias propuestas: Ítem 1: “¿Qué tan fácil o difícil es para ti encontrar información sobre cómo resolver un problema o enfermedad de salud sexual y reproductiva?”, Ítem 2: “¿Qué tan fácil o difícil es para ti acceder a información sobre conductas o comportamientos que son necesarios para cuidar de tu salud sexual y reproductiva?”. Frente a contribuciones cualitativas heterogéneas, fue fundamental el enfoque psicopedagógico de la profesional de apoyo, que orientó el ajuste gramatical de cada versión. Esto revalida la necesidad del trabajo participativo con grupos objetivos y el trabajo colaborativo e intersectorial, no sólo en acciones sanitarias, sino también académicas.

Además de la validación de contenido, la escala posee en forma exploratoria un análisis de su estructura factorial. Pese a que fue aplicado en una muestra pequeña, identificó 4 factores, concordantes con las 4 subescalas, que se corresponden a las 4 dimensiones del modelo utilizado como referente. La escala y sus subescalas presentaron altos coeficientes de confiabilidad, cuyos valores se categorizan como “Excelentes”. Respecto a esto último, cabe la pena comentar que podrían ser el reflejo de redundancias. Para resolver esto, una próxima experiencia ya planificada, aplicará la escala a una muestra mayor y con pruebas dirigidas a evaluar la capacidad discriminante de los ítems, fiabilidad, análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, a fin de ofrecer una versión más acotada, breve y parsimoniosa.

Entre las principales limitaciones, pese a su validación de contenido, el instrumento requiere de otros análisis para su aplicación; es una escala extensa con riesgos de que exista aquiescencia, es decir, que los participantes respondan ligeramente sin razonar; al desconocer el modelo utilizado y las etapas futuras de análisis, a priori podría considerarse redundante; y por último, solo ha sido aplicada a universitarios.

Una vez realizada su validación de constructo y obtenida su última versión, la escala podrá ser aplicada en el contexto chileno y quedar a disposición de la comunidad internacional para su respectiva adaptación o adecuación lingüística, considerando que también debe ser aplicada y validada en grupo de adolescentes y jóvenes no universitarios, a fin de demostrar su capacidad de discriminación entre grupos con diverso nivel de escolaridad. Por último, el proceso de diseño y validación puede ser replicado, para generar instrumentos en otras áreas y grupos de interés.

Contribución de los autores. El autor es el único que ha participado en la elaboración completa de este artículo.

Financiación. Este estudio no ha recibido financiación.

Referencias bibliográficas

1. Organización mundial de la salud. Promoción de la Salud. Glosario 1998. Available from: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):80.
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013; 13(1):948.

4. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *J Adolesc.* 2018; 62:116-27.
5. Fleary SA, Joseph P. Adolescents' Health Literacy and Decision-making: A Qualitative Study. *Am J Health Behav.* 2020; 44(4):392-408.
6. Juvinyà-Canal D, Bertran-Noguer C, Suñer-Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria.* 2018; 32:8-10.
7. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy. The Solid Facts. World Health Organization, Regional Office for Europe: Geneva, Switzerland; 2013.
8. Gutiérrez JP, Trossero A. Socioeconomic inequalities in HIV knowledge, HIV testing, and condom use among adolescent and young women in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica.* 2021; 45:e47.
9. Sarhan MBA, Fujii Y, Kiriya J, Fujiya R, Giacaman R, Kitamura A, et al. Exploring health literacy and its associated factors among Palestinian university students: a cross-sectional study. *Health Promot Int.* 2020.
10. Gallè F, Calella P, Napoli C, Liguori F, Parisi EA, Orsi GB, et al. Are Health Literacy and Lifestyle of Undergraduates Related to the Educational Field? An Italian Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(18).
11. Guerrero Núñez J. [Uneven decline in fertility rates in adolescents in 32 countries of the Region of the Americas, 1960-2019 Diminuição desigual nas taxas de fecundidade de adolescentes em 32 países da Região das Américas, 1960-2019]. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e71.
12. López N. Hacia una generación de políticas para el desarrollo integral de las y los adolescentes de América Latina. 2021.
13. Espino La O Z, Chong Quesada D, Rodríguez Artilles M, Álvarez Pérez NL. Instrumento de medición de la alfabetización en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. *MEDISAN.* 2018; 22:568-77.
14. León-Larios F, Gómez-Baya D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Revista Española de Salud Pública.* 2018; 92.
15. Ordoñez Sánchez J, Real Cotto J, Gallardo León J, Alvarado Franco H, Roby Arias A. Conocimientos sobre salud sexual y su relación con el comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Anales de la Facultad de Medicina.* 2017; 78:419-23.
16. Alarcon M AM, Muñoz N S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Revista médica de Chile.* 2008; 136:125-30.
17. Rodríguez Gazquez M. Conceptos Básicos de Validación de Escalas en Salud Mental. 2002.
18. Ocaña Moral MT, Pérez Ferra M, Quijano López R. Elaboración y validación de una escala de creencias de los alumnos de educación secundaria obligatoria respecto al medio ambiente. *Profesorado Revista de Currículum y Formación de Profesorado.* 2013; 17(1):431-54.
19. Blanco N, Alvarado ME. Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. *Revista de Ciencias Sociales.* 2005; 11:537-46.
20. Guil M. Escala Mixta Likert-Thurstone. *Andulí.* 2006;5:81-95.
21. Lozano LM, García-Cueto E, Muñiz J. Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences.* 2008; 4(2):73-9.
22. Escobar-Pérez J, Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición.* 2008; 6:27-36.
23. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública.* 2004; 6:302-18.
24. Hernández R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Recursos en Línea, Capítulo 6. 2014. Available from: <http://highered.mheducation.com/si>

- [tes/1456223968/student_view0/capitulos_1_a_13.html](https://doi.org/10.15446/rsp.1456223968/student_view0/capitulos_1_a_13.html).
25. Lamprea M JA, Gómez-Restrepo C. Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2007; 36:340-8.
 26. Juárez Hernández L, Tobon S. Análisis de los elementos implícitos en la validación de contenido de un instrumento de investigación. *Espacios*. 2018:23-30.
 27. Reguant Alvarez M, Fonseca M. El método Delphi. *Reire*. 2016; 9:87-102.
 28. Gil-Gómez de Liaño B, Pascual-Ezama D. La metodología Delphi como técnica de estudio de la validez de contenido. *Anales de Psicología*. 2012; 28(3):1011-20.
 29. George Reyes C, Trujillo L. Aplicación del método Delphi Modificado para la Validación de un Cuestionario de Incorporación de las TIC en la Práctica Docente. *Revista Iberoamericana de evaluación educativa*. 2018;11.
 30. Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2017; 15(1):625-7.
 31. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60(1):34-42.
 32. Quemelo PRV, Milani DdA, Bento VF, Vieira ER, Zaia JE. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*. 2017; 33.
 33. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*. 2017; 27(2):80-6.

AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD: REFLEXIONES SOBRE SUS PRÁCTICAS Y APORTES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

COMMUNITY AGENTS IN HEALTH: REFLECTIONS ON THEIR PRACTICES AND THEIR CONTRIBUTIONS IN THE PROMOTION OF HEALTH

AGENTES COMUNITÁRIOS EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE SUAS PRÁTICAS E CONTRIBUIÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Resumen

En las últimas décadas, el rol de los agentes comunitarios en salud ha cobrado gran relevancia dentro de los sistemas de salud. Silencioso y poco visible, el trabajo de los agentes comunitarios es trascendente para la promoción de la salud individual, la salud comunitaria y la salud pública. Pese a las dificultades, la tarea de los agentes comunitarios contribuye a potenciar la salud de la comunidad a través del acceso a cuidados, compartiendo información oportuna y potenciando la salud de las personas. Dada la complejidad del trabajo comunitario, en especial, en algunas situaciones y con algunas poblaciones, el agente comunitario en salud requiere un perfil particular donde destaca el liderazgo, la sensibilidad, la vocación y el respeto. El presente artículo reflexiona sobre conceptos claves en torno a los agentes comunitarios, su rol en promoción de la salud y su papel como nodo articulador entre la comunidad y el sistema sanitario.

Palabras clave: salud; agentes comunitarios de salud; promoción de la salud; acción comunitaria.

AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD: REFLEXIONES SOBRE SUS PRÁCTICAS Y APORTES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.
Rodolfo Rodríguez Gómez.

Rodolfo Rodríguez Gómez

Fundación Universitaria San Martín. Bogotá, Colombia.
Contacto: fitopolux@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34306>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 4 de agosto de 2021.
Aprobado: 19 de noviembre de 2021.

Abstract

In recent decades, the role of community health agents has gained great relevance within health systems. Silent and not very visible, the work of community agents is transcendent for the promotion of individual health, community health and public health. Despite the difficulties, the work of community agents contributes to enhancing the health of the community through access to care, sharing timely information and enhancing people's health. Given the complexity of community work, especially in some situations and with some populations, the community health agent requires a particular profile where leadership, sensitivity, vocation, and respect stand out. This article reflects on key concepts around community agents, their role in health promotion and their role as an articulating node between the community and the health system.

Key words: health; community health workers; promotion of health; community participation.

Resumo

Nas últimas décadas, o papel do agente comunitário de saúde ganhou grande relevância nos sistemas de saúde. Silencioso e pouco visível, o trabalho dos agentes comunitários é transcendente para a promoção da saúde individual, da saúde comunitária e da saúde pública. Apesar das dificuldades, a atuação dos agentes comunitários contribui para a melhoria da saúde da comunidade por meio do acesso ao atendimento, do compartilhamento de informações oportunas e da promoção da saúde das pessoas. Por causa da complexidade do trabalho comunitário, principalmente em algumas situações e com algumas populações, o agente comunitário de saúde requer um perfil particular onde se destacam liderança, sensibilidade, vocação e respeito. Este artigo reflete sobre conceitos-chave sobre os agentes comunitários, seu papel na promoção da saúde e como um nó articulador entre a comunidade e o sistema de saúde.

Palavras-chave: saúde; agentes comunitários de saúde, promoção da saúde, ação comunitária.

Introducción

La actividad de quien promueve la salud ha sido esencial a lo largo de la historia. Conceptos como agente comunitario o promoción de la salud son relativamente recientes, pero en diferente época y con diferente nombre ha existido algo o alguien que los representa. Dado que las personas no son entes aislados, sino que hacen parte de una tribu o grupo social, la salud individual está conectada con la salud colectiva. Significa que, de manera directa o indirecta, buena parte de las acciones en salud individual impactan en lo colectivo, lo cual es cada vez más palpable en un mundo hiperconectado como el actual donde el cambio es una constante, a la vez que prevalecen las enfermedades crónicas y aumenta la lista de virus con potencial pandémico.

En este mundo que parece cada vez más pequeño para los seres humanos, paradójicamente existen brechas de desigualdad entre las personas, la comunidad y las instituciones que conforman el sistema sanitario, lo cual gesta un contexto desafiante para recuperar la presencia y el rol del agente comunitario en la promoción de la salud. El propósito de este artículo es invitar a la reflexión sobre el papel de los agentes comunitarios y sus prácticas en promoción de la salud. Se precisan conceptos como agente y agencia, se enfatiza en el rol trascendente de las prácticas en salud comunitaria y se indaga de forma sucinta por escenarios donde la nueva comunidad y familia representan desafíos para los agentes comunitarios.

Agente, acción, agencia

Agente deriva del latín *agentis* cuyo significado es el que lleva la acción. Por un lado, aparece *agere* que significa actuar, por otro lado, se cuenta con *-nte* que da cuenta de quien realiza la acción. El agente representa el responsable de la acción, es decir, quien tiene la capacidad de obrar y actuar; alguien o algo que produce un efecto. Próximo a este término se encuentra el de actor, del latín *actoris* que simboliza el que realiza la acción. El sufijo *-tor* hace referencia a el que hace la acción, de allí vocablos como doctor que significa “el que enseña” (1). La acción, entonces, es lo que se hace, es el “resultado de hacer” (2). Como indica Mario Bunge, la acción es “la fuente última de la vida social” (3). La acción social, entonces, se define como aquella secuencia de actos con sentido que lleva a cabo el actor (agente) con el fin de alcanzar un objetivo (4). Esto guarda relación con el poder y la decisión; poder, del latín *posse*, se refiere a la capacidad de hacer algo, mientras que la decisión representa la determinación de hacer las cosas.

La agencia, desde el punto sociológico, es la capacidad que posee el agente para actuar, por ende, el término agente revierte un significado esencial que es, precisamente, la acción. La agencia implica actuar, de allí expresiones en el campo sanitario como agente infeccioso, agente patógeno o agente farmacológico. La acción implica empoderamiento y un sujeto activo, de allí que ciertas estrategias involucran todas aquellas acciones que los agentes llevan a cabo de manera intencionada y en determinado contexto (5). La agencia, entonces, denota un sujeto con la aptitud de llevar a cabo acciones que tienen una motivación dentro del contexto social. Por consiguiente, lo individual, lo social y lo cultural están interrelacionados y dependen, como señala la socióloga Margaret Archer, de las acciones de “seres humanos concretos”(6). Para la salud pública, la cual se puede definir como salud individual y salud colectiva, esto es trascendente, pues denota acción individual y acción colectiva, motivo por el cual, sin acciones, no es posible la salud pública.

Agentes comunitarios y promoción de la salud

El enfoque de la estrategia de promoción de la salud es un eje que articula diversos actores como los agentes comunitarios, la Atención Primaria en Salud (APS), la salud pública y la salud comunitaria. Todo ello refiere complejidad, pues la promoción de la salud involucra un proceso social y político que involucra acciones dirigidas a individuos en escenarios sociales, ambientales y económicos con el fin de optimizar la salud pública y la salud de los individuos (7). La promoción de la salud posee una estrecha relación con la educación para la salud, cuyos fines principales se orientan a que las personas definan sus necesidades y encuentren maneras para fomentar una vida saludable (7). En la actualidad, la promoción de la salud también se ha convertido en un integrador de saberes y se destaca como un componente transversal a las ciencias de la salud, además de las ciencias sociales, ambientales y económicas. Claramente, como lo ha evidenciado el COVID-19, la salud tiene que ver con todo y con todos, por tanto, se requiere de la participación y el compromiso colectivo para promocionar la salud.

Históricamente, las medidas para promover y proteger la salud dependen, entre otras cosas, de cómo se entiende el proceso salud-enfermedad. Durante la Edad Media, en los hospicios se atendían viajeros que buscaban remedio a sus padecimientos (8) y las actividades monásticas hicieron aportes valiosos a la atención comunitaria en sitios destinados a peregrinos (9). Entre el siglo X y XII, un resurgir de la práctica médica se dio cuando la Escuela Médica de Salerno tuvo mayor florecimiento (10). Con la idea de fomentar la salud, esta escuela retomó pautas de dieta e higiene que se promulgaron en el Regimen Sanitatis Salernitanum, el cual se tradujo a varias lenguas europeas (11). En la antigua Grecia, Hipócrates promulgaba la dieta, el descanso, el ambiente sano y la vida equilibrada para lograr y mantener la salud; cualquier fenómeno que perturbara el equilibrio del cuerpo y los humores sería causante de enfermedad (12). Hipócrates, en otras palabras, era un promotor de la salud. Para el “padre de la medicina”, la alimentación y el ejercicio eran

pedras angulares para mantenerse sano y hoy, casi 2000 años después, estos preceptos mantienen vigencia en la promoción de la salud individual y colectiva.

A mediados del siglo XX, el reconocido médico, historiador y salubrista Henry Sigerist acuñó la expresión promoción de la salud (13). Desde entonces, dicho concepto se ha articulado con disciplinas como la educación en salud, las políticas públicas, la epidemiología, la comunicación del riesgo, el mercadeo social o la economía (14), y hoy es un pilar de la APS. Desde el surgimiento del movimiento sanitarista y el nuevo paradigma sanitario, la figura del agente comunitario ha tomado forma y ha adquirido notoriedad. En atención a lo propuesto en Alma-Ata, la figura del agente comunitario se ha consolidado, aunque no ajena a dificultades. No obstante, a pesar de la invisibilidad del trabajo en torno a la promoción de la salud, esta labor es trascendental al integrar la actividad asistencial y la salud pública. El trabajo y aporte del agente comunitario constituye, entonces, un componente clave en el sistema sanitario, pues sus acciones contribuyen al empoderamiento de la comunidad, a la construcción de tejido social y a vivir en bienestar. Además, el rol de los agentes comunitarios es esencial en fortalecer vínculos y tender puentes entre la comunidad y las instituciones civiles, educativas y sanitarias.

En la promoción de la salud, la participación de la comunidad es esencial para lograr objetivos en salud comunitaria y salud pública. Al empoderar a las personas, la promoción de la salud busca proporcionarles los medios necesarios para optimizar su salud (15). Esto es esencial tanto en el área clínica como en la salud comunitaria, dado que hacer partícipe a las personas implica conexión, respeto, acción social y acceso real a las actividades políticas y sociales (16). De hecho, una de las prioridades promulgadas en 1997 en la Conferencia de Yakarta fue, precisamente, incrementar la capacidad de la comunidad y empoderar a las personas (17).

Por consiguiente, los agentes comunitarios no solo representan actores esenciales del sistema de salud, sino que promueven interacción con las familias mediante actividades como consejería y educación. Con ello se refuerza el empoderamiento en salud, elemento protagónico para mejorar la calidad de vida de las personas y evitar complicaciones de su estado de salud (18). Las estrategias de los agentes comunitarios son diversas, entre las que se destacan las entrevistas, la visita domiciliaria y las reuniones comunitarias (19), lo que da cuenta de su papel como nodo articulador entre instituciones, profesionales y comunidad (20).

Prácticas, interacciones y salud comunitaria

Una práctica se entiende como algo concreto, particular y contextualizado que no corresponde a algo teórico, abstracto o universal (21). Etimológicamente, la palabra práctica deriva del griego praktikos y guarda relación con la acción. La práctica social se conceptualiza como un espacio donde los sujetos construyen acuerdos y tienen un rol dinámico (22). En la promoción de la salud, lo relativo a las prácticas es trascendente, pues las prácticas comunitarias representan acciones en salud que dan sentido al arte del cuidado y al hecho de conectar con las personas ubicándolas en el centro del sistema sanitario.

En este contexto, muchas de las acciones con la comunidad son sutiles, la mayoría inadvertidas, pero esas prácticas son significativas, ya que aportan e inciden en cómo la ciudadanía percibe a las instituciones, al sistema de salud y al Estado. Son esas acciones las que intercambian saberes, crean nuevos vínculos, amplifican la red social y permiten compartir información con evidencias, lo cual otorga validez y confiabilidad en la comunidad. Los agentes comunitarios, entonces, desempeñan un papel dual en promocionar la salud y en contribuir a lograr una sociedad informada, empoderada y saludable.

En las últimas décadas, los agentes comunitarios en salud han cobrado protagonismo por su papel en APS y salud comunitaria al educar y promover la salud (23). El término salud comunitaria también ha sido objeto de nuevas miradas, pues, pese a que la comunidad ha cambiado, es esencial en el desarrollo de las acciones en salud pública (24). Claramente,

la salud comunitaria y la promoción de la salud representan un binomio indisoluble y sus interacciones y dinámicas trascienden las propias acciones en salud, ya que mucho de ello implica conectar, generar confianza, establecer relaciones, comunicar y fortalecer vínculos.

Las acciones de la salud comunitaria promueven la salud en un contexto amplio, a tal punto que algunos autores conceptualizan la promoción de la salud como “promoción de la vida” (25). Por tanto, hablar de las acciones de los agentes comunitarios implica evocar nodos donde convergen la APS, la promoción de la salud, la salud comunitaria y la salud pública; áreas imbricadas y complementarias en comunión con promoción y educación en salud (26). En este contexto, la promoción de la salud aporta en la construcción del tejido social al tiempo que empodera a las personas en el autocuidado de la salud.

Nueva comunidad y agentes comunitarios en salud

Para 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía comunidad como un grupo de personas que viven en una zona geográfica, comparten la misma cultura, valores y normas, y se organizan en una estructura social según el tipo de relaciones que desarrollan en el tiempo (27). Comunidad también hace referencia a un grupo de personas que comparten vínculos sociales, perspectivas comunes y acciones conjuntas que desarrollan en contextos similares (28).

También existe un sentido psicológico de comunidad, es decir, una experiencia subjetiva de pertenecer a una colectividad mayor, con lo que se teje una red de relaciones en la que se crean lazos de confianza (29). Ahora bien, estas características de una comunidad son propias de los agentes comunitarios, ya que cuentan con un objetivo, desarrollan acciones en conjunto y comparten espacios e identidad común. Por consiguiente, ellos son una comunidad, aquella que difunde y comparte conocimientos sobre salud y cierra brechas entre las instituciones de salud y las personas, además de estar en línea con el objetivo principal del sistema sanitario y los profesionales de salud, es decir, mejorar y mantener la salud de los individuos y las comunidades (30).

En las últimas décadas se ha evidenciado un colapso en el concepto tradicional de comunidad como se tenía concebida. Aunque en realidad se trata de una transformación de la concepción clásica de comunidad, situación que también experimenta la familia. Es claro, entonces, que tanto la comunidad como la familia han mutado, de allí la emergencia de comunidades digitales o familias unipersonales. Ante este panorama, es evidente una ruptura de los vínculos comunitarios en beneficio del protagonismo del individuo con un declive (o transformación) del capital social y un consecuente deterioro del sentido comunitario (31). Ahora bien, si la comunidad cambia, el trabajo comunitario también lo hace. Ello representa desafíos para el trabajo con la comunidad, donde el rol del agente comunitario debe adaptarse a esa nueva comunidad.

La OMS, al reconocer una nueva comunidad en el siglo XXI, plantea que los enfoques actuales de salud comunitaria deben trascender los espacios tradicionales, considerar el rol de la tecnología y, al mismo tiempo, promover el empoderamiento de los individuos y el trabajo intersectorial (32). Los tiempos han cambiado y hoy los agentes comunitarios abordan una sociedad diferente. Inmersas en la era de la información, las personas de esta nueva comunidad están expuestas a gran cantidad de datos y hacen uso frecuente de Internet y las redes sociales online para consultar temas de salud. Con frecuencia, las personas consultan primero en Internet antes que visitar al médico y, en países como Luxemburgo o Alemania, más del 60 % de la población usa Internet para obtener información sobre temas de salud (33).

En el 2020, el 67 % de la población en Latinoamérica hacía uso de Internet y en los últimos años en todos los grupos etarios se ha evidenciado un aumento en el número de usuarios de esta tecnología (34). Tal es la relevancia de la conectividad e Internet hoy en día,

que incluso se plantea el acceso a Internet y a las tecnologías de la comunicación como un derecho humano que se vincula con otros fundamentales como la educación, la movilidad o la salud (34). Todo ello refuerza la idea en torno a que el agente comunitario también debe adaptarse a los nuevos tiempos, a las nuevas tecnologías y a la nueva comunidad.

Discusión

El trabajo que desarrollan los agentes comunitarios es complejo dado que se enfrentan a todo tipo de problemáticas, vicisitudes y expectativas de las personas y la comunidad. Esto requiere de un perfil particular para la promoción de la salud en comunidades, lo cual demanda proximidad sociocultural, motivación y habilidades sociales (35). Estas exigencias de empatía social se hacen más notorias al abordar ciertos grupos poblacionales como los habitantes de calle o los consumidores de drogas. En este escenario emerge el denominado outreach work, una actividad comunitaria enfocada en ciertos grupos marginales que son difíciles de captar por canales tradicionales, cuyo principal objetivo es trabajar para lograr una sociedad más humana respetando los derechos, la dignidad y la autonomía (36). Estos entornos dan cuenta de barreras que afectan el desempeño de los agentes comunitarios como los factores organizacionales, los concernientes a las familias, los relacionados con el trabajador y los del propio trabajo comunitario (37).

El complejo contexto en el que se desenvuelven los agentes comunitarios exige personas dotadas de ciertas habilidades como el liderazgo y la sensibilidad. El liderazgo es cardinal, pues representa la capacidad de influir, gestionar, motivar, convocar y tener iniciativa. No solo representa liderar a los demás, sino liderarse a sí mismo, en un trabajo que de por sí, es complejo y desafiante. El liderazgo ha sido ampliamente reconocido como una cualidad trascendente en los agentes comunitarios, lo cual ha motivado iniciativas como las Escuelas de Líderes (38).

En línea con estas virtudes, dado que del trabajo con la comunidad surgen múltiples situaciones que encarnan grandes desafíos, es importante que los agentes comunitarios destaquen por su autoconfianza, humildad, sencillez y empatía (39). Todo ello refuerza la idea que los agentes comunitarios en su labor de promocionar la salud deben contar con capacidades y habilidades sociales denominadas actualmente como habilidades blandas, donde se destacan la vocación de servicio, el deseo por aprender, el cultivar buenas relaciones interpersonales, y respetar la cultura y las tradiciones de la comunidad (40).

Conclusiones

En las últimas décadas la figura del agente comunitario en salud y la promoción de la salud han cobrado notable y merecido protagonismo. El rol del agente comunitario es clave en articular diferentes componentes del sistema de salud y en tender puentes entre las instituciones y la comunidad. Es también un catalizador de los elementos del sistema de salud; un actor articulador de un sistema complejo en cuyo centro deben posicionarse las personas, su bienestar y los cuidados esenciales para la salud. En esa línea, un elemento trascendental que logran los agentes comunitarios es crear y fortalecer vínculos con la comunidad y, al mismo tiempo, generar confianza, lo cual es cardinal como se ha evidenciado en el transcurso de la pandemia de COVID-19. Los agentes comunitarios juegan un papel relevante en dar rostro a un sistema de salud al que frecuentemente las personas ven ajeno y distante. En suma, el aporte de los agentes comunitarios, es trascendental para crear proximidad y confianza con la comunidad en concretar acciones de promoción de la salud para una sociedad con más equidad social.

Referencias Bibliográficas

1. Coromias J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Tercera Edición,

- reimpresión 1987. Madrid (España): Editorial Gredos; 1987.
2. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésimotercera edición. Grupo Planeta Spain; 2016.
 3. Bunge M. Diccionario de filosofía. México D.F.: Siglo XXI; 2001.
 4. Gallino L. Diccionario de sociología. México D.F.: Siglo XXI; 2005.
 5. Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa. Primera edición. Barcelona (España): Editorial Gedisa; 2006.
 6. Archer M. Teoría social realista: El enfoque morfogenético. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2009.
 7. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. [Internet]. 1989 [citado 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38660>
 8. Gehlert S, Browne T. Handbook of Health Social Work. Third Edition. United States of America: John Wiley & Sons; 2019.
 9. Restrepo HE, Málaga H, Málaga H. Promoción de la Salud: Como Construir Vida Saludable. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2001.
 10. Eco U. La Edad Media, II: Catedrales, caballeros y ciudades. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2019.
 11. Glick TF, Livesey S, Wallis F. Medieval Science, Technology, and Medicine: An Encyclopedia. New York (USA): Routledge; 2014.
 12. Green C. An Introduction to the History of Medicine: From the Time of the Pharaohs to the End of the XVIIIth Century. Routledge; 2018.
 13. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K. International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the life-span. Great Britain: Policy Press; 2019.
 14. Bunton R, MacDonald G. Health promotion; Disciplines and diversity. London (England): Routledge; 2003.
 15. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. 1986 [citado 16 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
 16. Rappaport J. Studies in Empowerment. *Prev Hum Serv.* 1984;3(2-3):1-7.
 17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud [Internet]. 1997 [citado 17 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
 18. Álvarez F, Faizal E. Gerencia de hospitales e instituciones de salud. Bogotá (Colombia): Ecoe Ediciones; 2013.
 19. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde [Internet]. 2000 [citado 16 de julio de 2021]. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf
 20. Pinto A, Zoboli E. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações praxicas. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010;12(4).
 21. Vargas CG. Acerca del concepto de praxis educativa: una contribución a la comprensión de la praxeología pedagógica. *Praxis Pedagógica.* 1999;1(1):5-15.
 22. Murcia N, Jaimes SS, Gómez J. La práctica social como expresión de humanidad. *Cinta de moebio.* 2016; 57:257-74.
 23. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Escuela Andaluza de salud pública; 2010 [citado 16 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
 24. Turabian JL, Pérez B. Atención médica individual con orientación comunitaria.

- Atención contextualizada: la figura es el fondo. *Rev Clínica Electrónica en Atención Primaria*. 2008; 16:1-5.
25. Czeresnia DO. Conceito de saude e a difertencia entre prevencao e promocao. *Ad Saude Pública*. 1999; 15(4):701-9.
 26. Aguiló E. La metodología de los procesos correctores comunitarios (ProCC). *Rev Clínica Electrónica en Atención Primaria*. 2008; 16:1-9.
 27. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario [Internet]. 1998 [citado 19 de julio de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=9B5854CA18903736EE50E4C121DBF6B5?sequence=1
 28. MacQueen K, McLellan E, Metzger D, Kegeles S, Strauss R. What is community? An evidence based definition for participatory public health. *Am J of Public Health*. 2001; 91(12):1929-38.
 29. Sarason SB. *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey Bass; 1974.
 30. Pimentel JP, Correal CA. Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Revista Salud Uninorte*. 2015; 31(2):415-23.
 31. Putman RD. *Bowling alone: The collapse and revival of american community*. New York (USA): Simon and Schuster; 2001.
 32. Organización Mundial de la Salud. Reunión de Expertos en Salud Comunitaria «Definición de la Salud Comunitaria en el Siglo XXI» [Internet]. 2017 [citado 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13486:community-health-experts-meeting-defining-community-health-in-the-21st-century&Itemid=42391&lang=es
 33. Statista. Las consultas online sobre salud se disparan [Internet]. Las consultas online sobre salud se disparan. 2017 [citado 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/8522/las-consultas-online-sobre-salud-se-disparan/>
 34. CEPAL. Las oportunidades de la digitalización en América Latina frente al COVID-19 [Internet]. CEPAL; 2020 [citado 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45360/4/OportDigitalizaCovid-19_es.pdf
 35. Jaramillo A, Hidalgo CG, Armijo I, Hayden V, Santis R, Lasagna A. Aspectos Clave en el Desempeño Exitoso de Agentes Comunitarios en Intervenciones de Outreach con Jóvenes Consumidores de Drogas. *Psyche*. 2014; 23(1):1-14.
 36. Correlation Network. Outreach work among marginalised populations in Europe [Internet]. Foundation Regenboog AMOC; 2007 [citado 23 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.drugsandalcohol.ie/11925/1/outreach_work_among_marginalised.pdf
 37. Roy M, Lavoie-Trudeau É, Roy M, Clapperton I, Couturier Y, Lane J, et al. Barriers and Facilitators to Implementing Community Outreach Work, and Inter-professional Collaboration with Regional Partners. *J Community Health*. 2020; 45(5):979-86.
 38. Zambrano A, Berroeta H. *Teoría y práctica de la acción comunitaria: aportes desde la psicología comunitaria*. Santiago de Chile: RiL Editores; 2012.
 39. Ministerio de Salud. Juntos por una vida libre de tuberculosis y VIH. Manual del Agente Comunitario [Internet]. MINSALUD; sin fecha [citado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorioim.org/bitstream/handle/20.500.11788/688/COL-OIM%200355.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 40. Organización Panamericana de la Salud. Manual del Agente Comunitario de Salud [Internet]. OMS/OPS; 2010 [citado 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/canada/dmdocuments/Agente-Comun-Salud-Guia-Facilitador-LR.pdf>

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS MORDEDURAS DE MAMÍFEROS

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MAMMAL BITES

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA MORDIDA DE MAMÍFEROS

Resumen

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de las mordeduras de mamíferos en el distrito de Ate, Lima-Perú. **Método:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizaron 721 fichas de atenciones de pacientes mordidos en el distrito de Ate (Lima-Perú), durante el periodo 2015-2018. Se estimó la casualidad mediante el odds ratio (OR) y la asociación estadística con la prueba de Chi cuadrado. **Resultados:** El 53,6% de los casos fueron en hombres. La media de la edad fue 29,6 años. Asimismo, el 95% de los ataques fueron causados por perros. No obstante, los niños entre 0 y 11 años (OR:1,78; IC: 1,26-2,49) tuvieron un mayor riesgo de ser mordidos por animales conocidos en la región craneofacial (OR: 2,31; IC: 1,34-3,98). **Conclusión:** Los resultados permitieron identificar que las características de las lesiones por mordeduras de mamíferos varían según la especie agresora, edad y género de la víctima.

Palabras Clave: lesión; animales; epidemiología; complicaciones; rabia.

Patricia L. Shiroma
Tamashiro

Universidad Alas Peruanas.
Lima, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9349-5097>
Contacto: p_shiroma_t@outlook.com

DOI:<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.31136>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 1 de diciembre de 2020.
Aprobado: 14 de julio de 2021.

Abstract

Objective: To describe clinical and epidemiological characteristics of mammalian bites in Ate district, Lima-Peru. **Method:** Retrospective descriptive observational study. 721 care records of bitten patients were analyzed in the district of Ate (Lima-Peru), during the period 2015-2018. Causality was estimated using the odds ratio (OR) and the statistical association with the Chi-square test. **Results:** 53,6% of the cases were in men. The mean age was 29,6 years. Also, 95% of the attacks were caused by dogs. However, children between 0 and 11 years old (OR: 1,78; IC: 1,26-2,49) had a higher risk of being bitten by known animals in the craniofacial region (OR: 2,31; IC: 1,34-3,98). **Conclusion:** The results allowed us to identify that the characteristics of mammalian bite injuries vary according to the aggressor species, age and gender of the victim.

Key Words: lesion; animals; epidemiology; complications; rabies.

Resumo

Objetivo: Descrever as características clínicas e epidemiológicas das mordidas de mamíferos no distrito de Ate, Lima-Peru. **Método:** Estudo observacional descritivo retrospectivo. Foram analisadas 721 fichas de atendimento a pacientes mordidos no distrito de Ate (Lima-Peru), no período 2015-2018. A chance foi estimada por meio do odds ratio (OR) e a associação estatística, com o teste **X-quadrado**. **Resultados:** 53,6% dos casos foram achados em homens. A média de idade foi de 29,6 anos. Além disso, 95% dos ataques foram causados por cães. No entanto, crianças entre 0 e 11 anos (OR: 1,78; IC: 1,26-2,49) apresentaram maior risco de serem mordidas na região craniofacial por animais conhecidos (OR: 2,31; IC: 1,34-3,98). **Conclusão:** Os resultados permitiram identificar que as características das mordidas em mamíferos variam de acordo com a espécie do agressor, idade e gênero da vítima.

Palavras-chave: lesão; animais; epidemiologia; complicações; Fúria.

Introducción

Los accidentes por mordedura de animales son considerados como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad alrededor del mundo (1,2). especialmente en los países de bajos ingresos (3). Debido al costo social que conlleva el trauma, las lesiones conllevan a secuelas estéticas, funcionales y complicaciones infecciosas, así como por la exposición a la rabia (4,5).

Se estima que el 2% de la población es mordida cada año (6) y que alrededor de 15 millones de personas son tratadas por mordeduras animales (7). Los seres humanos pueden sufrir mordeduras de un gran número de especies animales, no obstante, las causadas por serpientes, perros, gatos y monos son las más importantes (8). De tal forma que el 65,2% de los casos corresponden a mamíferos (9). Aunque la mayoría de accidentes por mordeduras son causadas por los perros, se deben tomar en cuenta las otras especies animales por las implicancias que tienen en la salud pública (1), dado que las lesiones menores también tienen un riesgo de infección (10).

Las consecuencias de las mordeduras para la salud humana dependen de factores relacionados con el tipo, tamaño, localización de la mordedura, las características del animal mordedor (especie, tamaño y estado de salud) y de la persona mordida (edad, tamaño, estado de salud y acceso para atención) (8,11).

En tal sentido, la estimación de los índices de salud y bienestar de la sociedad tomando en cuenta los datos existentes es esencial para identificar las prioridades en salud y hacer intervenciones relevantes, en el sentido que la poca información epidemiológica es un

factor que limita la prevención, control y la vigilancia (7). Por lo tanto, el objetivo de la investigación fue describir las características clínicas y epidemiológicas de las mordeduras de mamíferos en el distrito de Ate, Lima- Perú.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y de corte transversal en centros de salud que integran la Dirección de Redes Integradas en Salud de Lima, los cuales atienden las denuncias de mordeduras causadas por mamíferos en Lima Metropolitana, durante los años 2015 al 2018.

El universo muestral estuvo constituido por 721 fichas de atenciones de pacientes con diagnóstico de mordeduras de animales. Dentro de los criterios de inclusión se consideraron pacientes de todas las edades, sin distinción del género y accidentados en el distrito de Ate (Lima-Perú). No obstante, se excluyeron las denuncias que contenían datos incompletos, las que habían sido causados por arañazos o por contacto, así como las que correspondían a otros distritos de Lima Metropolitana.

Seguidamente, se analizaron los datos de la persona mordida (género, edad), la temporalidad del accidente por mordedura (mes y estación del año); las características del animal agresor (especie agresora, condición) y las lesiones por mordedura (frecuencia, profundidad, localización y región anatómica). Los datos fueron pasados a una planilla de recolección de datos y posteriormente llenados en la hoja electrónica de Microsoft Excel 2016 para Windows.

Asimismo, se calculó el OR de manera bivariada con un intervalo de confianza del 95% para identificar los factores de riesgo asociados a las mordeduras de mamíferos en función al sexo y la condición del animal agresor. Por otro lado, se utilizaron como categorías de referencia para la edad (otros grupos etarios), la profundidad (superficial o profundo), la frecuencia (única o múltiple) y la región (otras regiones anatómicas). Además, se utilizó la prueba de Chi cuadrado para evaluar la asociación entre variables. Para ello, se utilizó el programa estadístico SSPS v.22.

Resultados

Del total de casos (n=721) analizados, el 53,9% fueron hombres (n=386) y el 46,1% mujeres (n=335). Asimismo, la edad promedio fue 29,6 años con una desviación típica de 21,8 y rango entre 1 a 90 años. En el distrito de Ate, se observó una mayor frecuencia de ataques de perros (n=685; 95,0%), seguido de gatos (n=28; 3,9%), monos (n=6; 0,8%), cerdo (n=1; 0,1%) y rata (n=1; 0,1%). Sin embargo, el grupo etario más afectado fueron los adultos entre 30 y 59 años (n=236; 32,7%), seguido de 0-11 años (n=209; 29,0%), 18-29 años (n=125; 17,3%), >59 años (n=90; 12,5%) y 12-17 años (n=61; 8,5%).

Las mordeduras de perro y cerdo se reportaron con mayor frecuencia en hombres, mientras que las de gato, mono y rata en mujeres. La proporción hombre mujer en perros fue 1,2 a 1, mientras que la proporción mujer hombre en gatos fue 2,1 a 1. Caso contrario a lo observado en los otros animales donde fue 1 a 1.

Con respecto a los hombres, se evidenció una mayor cantidad de niños entre 0 y 11 años atacados por perros (n=126; 33,8%) en comparación con los adultos, en los cuales hubo una mayor frecuencia de víctimas entre 30 y 59 años (n=3; 33,3%) y mayores de 59 años (n=3; 33,3%) mordidos por gatos. En relación con las mujeres, las mordeduras de perro (n=128; 41,0%) y gato (n=10; 52,6 %) fueron más frecuentes en el grupo etario de 30 a 59 años (tabla 1). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas según el sexo entre los grupos etarios, a excepción de los menores de 12 años (OR: 1,57; IC: 1,13-2,18).

Tabla N° 1: Frecuencia de las lesiones por mordeduras de mamíferos según el sexo y el grupo etario.

Edad	Hombre (n=386)			Mujer (n=335)		
	Perro n (%)	Gato n (%)	Otros n (%)	Perro n (%)	Gato n (%)	Otros n (%)
0-11	126 (33,8)	1 (11,1)	1 (25,0)	76 (24,4)	4 (21,1)	1(25,0)
12-17	35 (9,4)	1 (11,1)	0 (0,0)	23 (7,4)	1 (5,3)	1(25,0)
18-29	70 (18,8)	1 (11,1)	0 (0,0)	49 (15,7)	4 (21,1)	1(25,0)
30-59	92 (24,7)	3 (33,3)	2 (50,0)	128 (41,0)	10 (52,6)	1(25,0)
+59	50 (13,4)	3 (33,3)	1 (25,0)	36 (11,5)	0 (0,0)	0
Total	373 (100,0)	9 (100,0)	4 (100,0)	312 (100,0)	19 (100,0)	4 (100,0)

Asimismo, se reportaron con mayor frecuencia accidentes en los meses de diciembre (n=82; 11,4%) y noviembre (n=76; 10,5%). No obstante, una menor cantidad de ataques fueron observados en los meses de agosto (n=45; 6,2%) y enero (n=45; 6,2%). Por lo cual, hubo más denuncias en la estación de primavera (n=215;29,8%), seguido del otoño (n=176; 24,4%), verano (n=165; 22,9%) e invierno (n=165;22,9%). Sin embargo, las mordeduras de perros ocurrieron durante todo el año en comparación con las otras especies de animales, que fueron más esporádicos.

Por otro lado, en los perros hubo una mayor frecuencia lesiones en las muslos y piernas (n=321;46,9%), seguido del brazo y antebrazo (n=109;15,9%), mano (n=111;16,2%), cara (n=69; 10,1%), pie (n=16; 2,3%), tórax (14; 2,0%), glúteo (n=12; 1,8%), tobillo (n=11;1,6%), abdomen (n=10; 1,5%), cabeza (n=6; 0,7%), cadera (n=4;0,6%) y genitales (n=2;0,3%). Con respecto a los gatos, las lesiones se presentaron con mayor predominancia en las manos (n=14; 50%), seguido de los muslos y piernas (n=7; 25%), los brazos y antebrazos (n=2; 7,1%), cara (n=2; 7,1%), pie (n=2; 7,1 %) y cabeza (n=1;3,6%). No obstante, los otros animales mordieron en las manos (n=4; 50,0%), las piernas (n=2;25,0%), los pies (n=1; 12,5 %) y la cara (n=1;12,5%).

Además, se observó una mayor frecuencia de lesiones únicas (n=563; 78,1%) y superficiales (n=454; 63,0%) localizadas en los miembros inferiores (n=370; 51,3%), siendo más predominantes en hombres que en mujeres. A pesar de ello, no hubo asociación estadística significativa (p>0,05) entre las características de las lesiones con el sexo de la víctima (tabla 2).

Los ataques fueron causados de manera predominante por animales conocidos (n=418; 58,0%), los cuales lesionaron con mayor frecuencia las diferentes regiones corporales en comparación con los que eran desconocidos. Por otra parte, los niños entre 0 y 11 años (OR: 1,78; IC: 1,26-2,49) y quienes fueron mordidos en la región craneofacial tuvieron un mayor riesgo de ser atacados por animales conocidos (OR: 2,31; IC: 1,34-3,98). A pesar de ello, no se observaron diferencias estadísticas significativas (p>0,05) entre la profundidad y la frecuencia de las mordeduras con la condición del animal agresor (tabla 3).

Tabla N° 2: Características de las lesiones por mordeduras de mamíferos según el sexo.

CARACTERÍSTICA	Hombre n=386		Mujer n=335		OR	IC (95%)	p
	n	%	n	%			
PROFUNDIDAD							
Superficial	249	64,5	205	61,2	1,15	0,85-1,56	0,36
Profundo	137	35,5	130	38,8	0,87	0,64-1,18	
FRECUENCIA							
Única	299	77,5	264	78,8	0,92	0,64-1,32	0,66
Múltiple	87	22,5	71	21,2	1,08	0,76-1,54	
REGIÓN							
Craneofacial	42	10,9	33	9,9	1,12	0,69-1,81	0,65
Miembro superior	134	34,7	111	33,1	1,06	0,78-1,44	0,71
Miembro inferior	196	50,8	174	51,9	0,94	0,70-1,26	0,69
Toracoabdominal	14	3,6	17	5,1	0,70	0,34-1,45	0,34

Tabla N° 3: Regresión logística de las mordeduras de mamíferos según la condición del animal agresor

CARACTERÍSTICA	Conocido n=418		Desconocido n=303		OR	IC (95%)	p
	n	%	n	%			
EDAD							
0-11	142	34,0	67	22,1	1,78	1,26-2,49	0,001
12-17	34	8,1	27	8,9	0,90	0,53-1,53	0,711
18-29	62	14,8	63	20,8	0,68	0,46-1,00	0,049
30-59	125	29,9	111	36,6	0,74	0,54-1,01	0,058
>59	55	13,2	35	11,6	1,16	0,74-1,82	0,520
PROFUNDIDAD							
Superficial	253	60,5	201	63,0	0,78	0,57-1,06	0,111
Profundo	165	39,5	102	37,0	1,29	0,94-1,75	
FRECUENCIA							
Única	326	78,0	237	78,2	0,99	0,69-1,41	0,940
Múltiple	92	22,0	66	21,8	1,01	0,71-1,45	
REGIÓN							
Craneofacial	56	13,4	19	6,3	2,31	1,34-3,98	0,002
Miembro superior	145	34,7	100	33,0	1,06	0,78-1,45	0,705
Miembro inferior	195	46,7	175	57,8	0,65	0,48-0,87	0,004
Toracoabdominal	22	5,3	9	3,0	1,82	0,82-4,00	0,140

Discusión

La recolección, evaluación y procesamiento de datos epidemiológicos es importante para el control, planificación y organización de programas de control de la rabia (12). Las mordeduras de mamíferos son comunes y potencialmente prevenibles en cuanto a la lesión permanente, infección y trauma psicológico que pueden causar (13). En diversos estudios se ha demostrado que el sexo masculino es el más afectado por las mordeduras de animales, sin embargo, las prevalencias oscilan entre 52 y 85 % (2,14-16). Además, se ha reportado que las mordeduras de perros predominan en los hombres, mientras que los de gato y ratón en mujeres (11).

Al analizar la distribución de los casos según el grupo etario se comprobó que los niños menores de 11 años del género masculino tienen un mayor riesgo (OR: 1,57; IC: 1,13-2,18) de ser atacados por perros en comparación con los adultos. Moumita y cols (17), lo atribuyen a su curiosidad natural, la baja inhibición, el conocimiento limitado y la poca experiencia que tienen los niños en torno al comportamiento del perro, así como por la incapacidad para defenderse de los ataques de animales. No obstante, los ataques de gatos son más frecuentes en mujeres adultas con edades comprendidas entre 30 y 59 años. Por ello, Wright (18) destaca la preferencia que tiene el género femenino por la especie y, por ende, la mayor probabilidad que tienen de ser atacadas por los gatos.

Por otro lado, a pesar que las lesiones son generalmente causadas por un animal conocido por la víctima o por la mascota de la familia, la información resultante sobre los ataques de animales puede variar según el país y el contexto en el que se desarrolló el accidente (19). En Lima, los animales callejeros son considerados como un problema para la ciudad, especialmente en los distritos con menor desarrollo humano. Según el Ministerio de Salud, el 90% de los perros deambulan por la capital, a pesar de tener dueños (20).

En el distrito de Ate se reconoce que la tenencia irresponsable de los dueños de las mascotas ha generado el aumento de la población de perros vagabundos. Para Voslárva y Pasantino (21), los animales callejeros no solamente son responsables de los accidentes por mordeduras, sino de dañar la propiedad privada y el ganado, y contaminar con excretas las áreas cercanas o habitadas por un grupo poblacional.

Aunque se ha demostrado que las mordeduras caninas son las más predominantes entre los mamíferos, la prevalencia de los ataques animales varía según el país o región geográfica. Gowda y cols (15), en la India observaron que el 97,1% de los casos son ocasionados por perros, seguido de los gatos (1,6%) y otros animales (0,7%). Majidpour y cols (22), en Irán encontraron que el 95,93% de ataques son causados por perros, 0,55% por gatos y porcentaje restante por otros animales. Mientras que Addai y Nuertey (23), en Ghana reportaron un 96,5 % de casos de mordeduras de perros, 1,8 % de gatos y 1,8 % de primates no humanos. Los hallazgos del estudio coinciden con lo reportado, sin embargo, la prevalencia de las mordeduras de gatos fue superior, pero inferior en cuanto a los perros y otros animales. Por otro lado, se evidencia que la localización de las lesiones por mordeduras varía según la especie agresora. Los perros por lo general muerden los muslos, las piernas y los pies (24-26) en comparación con las otras especies que lo hacen en la mano cuando se trata de contener o agarrar al animal agresor (18,27). Asimismo, la mayoría de las investigaciones citadas en la literatura refieren que los ataques de animales ocurren con mayor frecuencia en las temporadas de vacaciones y en las estaciones más calurosas (28-30). Sin embargo, la temporalidad de los accidentes cambia según las costumbres y hábitos de la población estudiada. Tal es el caso que, en el distrito de Ate, los ataques fueron más frecuentes en primavera y en otoño, debido a que las salidas del hogar estuvieron condicionadas a la intensidad de la radiación solar.

En el Perú, los estudios realizados en torno a la problemática y características de los animales callejeros en la zona urbana y rural y en aquellas especies que son potencialmente transmisoras de rabia son casi inexistentes. De manera predominante, se ha descrito al

perro como la principal especie agresora o causante del accidente por mordedura animal. Asimismo, dentro de las limitaciones del estudio, se resalta que no se pudo estudiar todos los factores de riesgo involucrados en las mordeduras de animales, debido a la gran cantidad de denuncias que contenían datos incompletos y a la falta de uniformización que hay en los criterios de llenado de las mismas en los centros de salud que integran la Dirección de Redes Integradas en Salud de Lima.

Conclusión

Los ataques de animales continúan siendo un problema para el distrito de Ate, principalmente los causados por los perros. Con base en los hallazgos del estudio, los resultados permitieron identificar que las características de las lesiones por mordeduras de mamíferos varían según la especie agresora, edad y género de la víctima. Al respecto, es de vital importancia educar a la población sobre la prevención de la rabia, e implementar estrategias de control y monitoreo de los animales callejeros.

Referencias bibliográficas

1. Firooz E, Rajabi A, Vahedi S, Shamsadiny M, Ghelichi M, Hatam N. Epidemiology of animal bites and factors associated with delays in initiating post-exposure prophylaxis for rabies prevention among animal bite cases: A population-based study. *J. Prev. Med Public Health*. 2017; 50: 210-216.
2. Morteza S, Barzkar H, Ghaffari-fam, Kasha A, Sarbahsh P, Ghasenzadeh P. Epidemiological characteristics and trends in the incidence of animal bites in Maku County, Islamic Republic of Iran, 2003-2012. *EMHJ*. 2017; 23 (7): 507-513.
3. Ngurimu J, Kilango A, Omolo OJ, Obonyo M. Epidemiology and surveillance of human animal-bite injuries and rabies postexposure prophylaxis, in selected counties in Kenya, 2011–2016. *BMC Public Health*. 2018; (18): 996.
4. Notejare M, Moure T, Da Silva J, Barrios P, Pérez W. Niños con mordeduras de animales hospitalizados en un centro de referencia de Uruguay. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2018;75: 358-365.
5. Ghaffari-Fam S, Reza S, Daemi A, Heydari H, Malekzane H, Ayubi E, et al. Epidemiological patterns of animal bites in the Babol County, North of Iran. *Journal of Acute Disease*. 2016; 5 (2):126-130.
6. Contreras-Marin M, Sandoval-Rodríguez JI, García-Ramírez R, Morales-Yépez H. Mammal bite management. *Cirugía y Cirujanos*. 2016; 84 (6):525-530.
7. Kassiri H, Ebrahimi A, Masoud L. Animal bites: Epidemiological Considerations in the East of Ahvaz County, Southwestern Iran (2011-2013). *Arch Clin Infect Dis*. 2018; 15 (3): e62384.
8. Organización mundial de la salud. Mordeduras animales [internet]. 2018 [Consultado 11 nov 2020]. Disponible en: who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/animal-bites.
9. Ming-Hau H, Mei-Chueh Y, Shu-Yua Y, Chiai-Hui Y, Chu-Chung C, Chin-Fu C. Environmental factors associated with the prevalence of animal bites or stings in patients admitted to an emergency department. *Journal of Acute Medicine*. 2012; 2: 95-102.
10. Maniscalco K, Edens MA. Animal bites [internet]. 2020 [Consultado 23 nov. 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430852/>.
11. Villagra V, Cáceres D, Alvarado S, Salinas E, Loreto M, Lucero E, et al. Caracterización epidemiológica de mordeduras en personas, según registro de atención de urgencia. Provincia de Los Andes, Chile. *Rev. Chilena Infectol*. 2017; 34 (3): 212-220.
12. Sabouri GM, Roshanaei G, Rostampour F, Fallahi A. An Epidemiologic of animal bites in Ilam Province, Iran. *Archives of Iranian Medicine*. 2012; 15 (6): 356-360.

13. Dendle C. Management of mammalian bites. *Physician*. 2009; 38 (11): 868-874.
14. Ramos J, Melendez N, Reyes F, Gudiso G, Biru D, Fano G, et al. Epidemiology of animal bites and other potential rabies exposures and anti-rabies vaccine utilization in a rural area in Southern Ethiopia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2015; 22 (1): 76–79.
15. Gowda P, Subhashini KJ, Metri SS, Sundar M. Study of demographic profile of animal bite cases and management practices in a dedicated anti rabies clinic of a tertiary care hospital, Hassan, Karnataka. *Int J Community Med Public Health*. 2019;6: 4816-4821.
16. Trivedi A, Arutagi V, Pal DK, Shukla PK. A cross sectional study of sociodemographic profile and treatment seeking behavior of cases of animal bite attending anti Rabies clinic at tertiary health care center in central India. *Int J Adv Med*. 2015; Feb 2(1):44-46.
17. Moumita S, Mondal R, Shah A, Hazra A, Ray S, Dhar G. Animal Bites and Rabies Prophylaxis in Rural Children: Indian Perspective. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2016, 62: 55–62.
18. Wright J. Reported cat bites in Dallas. Characteristics of the cats, the victims, and the attack events. *Public Health Reports*. 1980; 105 (4): 420-424.
19. Vargas I. Características del animal agresor y la presentación de lesiones por mordedura en pacientes del centro de Control de Zoonosis. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
20. Ministerio de Salud. Mas del 90 por ciento de perros que deambulan en calles limeñas tienen dueño [internet]. 2010 [Consultado 19 nov 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/36817-mas-del-90-por-ciento-de-perros-que-deambulan-en-calles-limeñas-tienen-dueno>.
21. Voslár vá E, Pasantino A. Stray dog and cat laws and enforcement in Czech Republic and in Italy. *Ann Ist Super Sanità*. 2012; 48 (1): 97-104.
22. Majidpour A, Sadeghi-Bazargani H, Habibzadeh S. Injuries due to animal bites: A descriptive study. *J Clin Res Gov*. 2012:22-24.
23. Addai J, Nuerthey B. Pattern of animal bites and delays in initiating rabies postexposure prophylaxis among clients receiving care in Korle- Bu Teaching Hospital. *Journal of Tropical Medicine*. 2020; 1-6.
24. Chacma D. Características epidemiológicas y clínicas de las mordeduras caninas. Centro de salud playa Rímac - Callao enero 2011 – diciembre 2015. [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016.
25. Mohtasham- Amiri Z, Pourmazi D, Maryam R. Epidemiology of dog bite, a potential source of rabies in Guilan, north of Iran. *Asian Pac J Trop Dis*. 2015; 5(1): S104-S108.
26. Talavera M, Gamboa B, González J, Huanambal C, León D, Falcón N. Accidentes por mordedura de canes y cono-

- cimiento de rabia urbana en pobladores de Madre de Dios y Puno, Perú, 2014. *Rev Inv Vet Perú* 2018; 29(3): 1025-1035.
27. Lyu C, Ponce M, Piron J, Ehnert K, Beeler E, Swanson A, et al. Burden of bites by dogs and other animals in Los Angeles County. *Public Health Reports*. 2016; 13 (6): 800-808.
 28. Kassiri H, Lotfi M, Ebrahimi A. Epidemiological and demographic study of acute animal biting in Abdanan County, Ilam Province, Western Iran. *J Acute Dis*. 2017; 6(6): 272-277.
 29. Hossein M, Kassiri H, Lotfi M, Sahar S. Epidemiology and public health aspects of animal biting in Shush County, Khuzestan Province, Iran. *Arch Clin Infect Dis*. 2014; 9 (4): e 18773.
 30. Quispe G. Soto R. Perfil clínico epidemiológico de las personas agredidas por un animal potencialmente transmisor de rabia, en el centro de salud Jorge Chávez de Puerto Maldonado 2014-2016. [Tesis de Licenciatura]. Puerto Maldonado: Universidad Amazónica de Madre de Dios; 2018.

Francisca Caballo
Avenidaño¹,
Alejandra Flores Hoyos²,
Josue Guerra Cruz³,
Francisca Morales Vizcarra⁴,
Katuska Lidice
Reynaldos Grandón⁵.

¹Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9282-9534>

²Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2983-1161>

³Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0271-5777>

⁴Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7573-1359>

⁵Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8275-6826>

Contacto: f.caballolavenda@uandresbello.edu

DOI:<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.33447>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 18 de junio de 2021.
Aprobado: 31 de octubre de 2021.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA EN PANDEMIA COVID-19: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

BURNOUT SYNDROME PREVENTION IN NURSING AT PANDEMIC COVID-19: A SYSTEMATIC REVIEW

PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMAGEM PANDÊMICA COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha generado síndrome de burnout en enfermeras. **Objetivo:** Identificar medidas preventivas del síndrome de burnout en Enfermería en tiempos de pandemia por COVID-19. **Método:** Revisión sistemática realizada entre Agosto y Diciembre del 2020, en las bases de datos: PubMed, Scielo, Elsevier, Medline y Cinahl, aplicando los buscadores: burnout syndrome, nurs*, pandemic, covid 19, stress, management, con los operadores booleanos AND, OR. Se buscaron artículos publicados durante el año 2020 en idioma inglés y español. Se excluyeron tesis y abstracts de congresos. Para la recolección y análisis de la información se utilizó como una planilla de cálculo. De un total de 626 artículos, se seleccionaron para el análisis 17. **Resultados:** Las medidas preventivas para el Síndrome de burnout en enfermeras se clasificaron en dos categorías: I.- Estrategias Organizacionales, que se subdividen en 9 aspectos: 1) salud mental y física, 2) entorno laboral, 3) trabajo en equipo, 4) turno de trabajo, 5) grupos de apoyo, 6) asistencia en línea, 7) formación, 8) estructura/funcionamiento y 9) políticas de salud. II.-Estrategias Personales, enfocadas en 1) comunicación, 2) autocuidado y 3) técnicas de

manejo del estrés. **Conclusiones:** Para prevenir el burnout en enfermería en tiempos de pandemia son fundamentales tanto las medidas organizacionales como las personales. Se sugiere incorporar programas enfocados en la salud mental, asegurar que las instituciones cuenten con los recursos necesarios para enfrentar las crisis y promover una comunicación constante. Además, promover la aplicación y profundización de estas medidas en la actual y futuras crisis sanitarias, en beneficio del bienestar laboral de las enfermeras en el mundo.

Palabras claves: Síndrome Burnout; enfermería, COVID-19, estrés.

Abstract

The COVID-19 pandemic has generated burnout syndrome in nurses. **Objective:** To identify preventive measures of burnout syndrome in nurses in times of COVID-19 pandemic. **Method:** Systematic review conducted between August and December 2020, in the databases: PubMed, Scielo, Elsevier, Medline and Cinahl, applying the search engines: burnout syndrome, nurs*, pandemic, covid 19, stress, management, with the Boolean operators AND, OR. We searched for articles published during the year 2020 in English and Spanish. Theses and conference abstracts were excluded. A spreadsheet was used for data collection and analysis. From a total of 626 articles, 17 were selected for analysis. **Result:** Preventive measures for burnout syndrome in nurses were classified into two categories: I.- Organizational Strategies, which are subdivided into 9 aspects: 1) mental and physical health, 2) work environment, 3) teamwork, 4) work shift, 5) support groups, 6) online assistance, 7) training, 8) structure/functioning and 9) health policies. II.-Personal Strategies, focusing on 1) communication, 2) self-care and 3) stress management techniques. **Conclusions:** To prevent burnout in nursing in times of pandemic, both organizational and personal measures are fundamental. It is suggested to incorporate programs focused on mental health, to ensure that institutions have the necessary resources to face crises and to promote constant communication. In addition, promote the application and deepening of these measures in the current and future health crises, for the benefit of the labor welfare of nurses in the world.

Keywords: Burnout syndrome; nursing; COVID-19; stress.

Resumo

A pandemia de COVID-19 gerou a síndrome de burnout nas enfermeiras. **Objetivo:** Identificar medidas preventivas de síndrome de burnout na Enfermagem em tempos de pandemia de COVID-19. **Metodologia:** Revisão realizada entre Agosto e Dezembro de 2020, nas bases de dados: PubMed, Scielo, Elsevier, Medline e Cinahl, aplicando os motores de busca: burnout syndrome, nurs*, pandemia, covid 19, stress, gestão, com os operadores Booleanos AND, OR. Procurámos artigos publicados durante o ano de 2020 em inglês e espanhol. Foram excluídas as teses e resumos de conferências. Foi utilizada uma folha de cálculo para a recolha e análise de dados. De um total de 626 artigos, 17 foram selecionados para análise. **Resultado:** As medidas preventivas da síndrome de burnout em enfermeiros foram classificadas em duas categorias: I.- Estratégias organizacionais, que se subdividem em 9 aspectos: 1) saúde mental e física, 2) ambiente de trabalho, 3) trabalho de equipa, 4) turno de trabalho, 5) grupos de apoio, 6) assistência online, 7) formação, 8) estrutura/funcionamento e 9) políticas de saúde. II.-Estratégias Pessoais, centrando-se em 1) comunicação, 2) autocuidado, e 3) técnicas de gestão do stress. **Conclusões:** Para prevenir o esgotamento da enfermagem em tempos de pandemia, tanto as medidas organizacionais como pessoais são fundamentais. Sugere-se incorporar programas centrados na saúde mental, para assegurar que as instituições tenham os recursos necessários para enfrentar as crises e para promover uma comunicação constante. Além disso, promover

a aplicação e o aprofundamento destas medidas nas crises sanitárias actuais e futuras, em benefício do bem-estar dos enfermeiros no mundo.

Palavras chave: síndrome de Burnout; enfermagem; COVID-19; stress.

Introducción

El Síndrome de Burnout (SB) ha sido definido como una respuesta que presenta la persona al estrés laboral crónico manifestado por actitudes y sentimientos negativos hacia los individuos con los que se trabaja y hacia el propio rol profesional, es la sensación de encontrarse emocionalmente agotado; esta respuesta ocurre mayoritariamente en profesionales de la salud (1).

La pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), identificada por primera vez en Wuhan, China, se ha extendido a nivel mundial, lo que ha suscitado preocupaciones sobre el bienestar de todos los habitantes, en especial del personal de salud y entre ellos profesionales de enfermería y de primera línea (2). Las primeras investigaciones realizadas en China muestran que una proporción significativa de trabajadores de la salud tienen síntomas desfavorables: una de ellas evidencia un 50,4% de depresión, ansiedad en un 44,6%, insomnio en un 34%, malestares 71,5% y que uno de los principales desencadenantes de estos síntomas es la exposición del personal por la falta de recursos (3). Otra, en la que se estudiaron 1.257 trabajadores de salud de 34 hospitales mostró síntomas similares y reveló que la muestra que tuvo mayor puntuación a desarrollar deterioro de salud mental se caracterizaba por: ser enfermera, mujer y trabajar en primera línea (4).

Un estudio local en Wuhan, con 2.014 enfermeras mostró que las enfermeras de primera línea presentan agotamiento emocional en un 60,5%, un 42,3% despersonalización, un 60,6% realización personal y 91,2% miedo. En porcentajes menores, ansiedad y depresión (5). De manera similar una investigación realizada en Inglaterra (6), las enfermeras han tenido los niveles más altos de estrés ocupacional y la angustia comparada con otros grupos. También en Europa, en Croacia analizan las diferencias en la angustia y el afrontamiento en tiempos de pandemia COVID-19 entre enfermeras y médicos resultando las enfermeras con mayor nivel de depresión, ansiedad y estrés que los médicos (7). Las enfermeras, están más orientadas a afrontar emociones difíciles debido a estar en compañía de personas vulnerables (7).

Cercano a nuestro país, en Ecuador, se reveló que la mayor parte del personal de enfermería, en un 95,89% presentó SB moderado y severo en tiempos de pandemia por COVID-19 (8).

Por estas razones, se considera que es de gran relevancia identificar las medidas y estrategias preventivas del SB en Enfermería en tiempos de pandemia (COVID-19). Por ello, esta investigación tiene como propósito, identificar en la evidencia existente las estrategias de prevención para disminuir el SB, en el personal de Enfermería que se encuentra enfrentando la pandemia de COVID-19.

Métodos

Se empleó como metodología una revisión de la literatura disponible en relación a las “Medidas preventivas del Síndrome de Burnout en Enfermería en tiempos de pandemia COVID-19”. Esta búsqueda se realizó a través de las siguientes etapas:

- 1: Se determinó la problemática a investigar.
- 2: Se estableció la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las medidas preventivas del Síndrome de Burnout en Enfermería en tiempos de pandemia (COVID-19)?
- 3: Se realizó la búsqueda de la evidencia mediante diferentes criterios de inclusión y exclusión.

La búsqueda se realizó entre agosto y diciembre del año 2020, a través de las siguientes

bases de datos: Scielo, Medline, Cinahl, Pubmed, Dialnet, Elsevier. A partir de las palabras claves y operadores booleanos <<AND>> y <<OR>>, se crearon diferentes combinaciones, con las siguientes estructuras (Burnout syndrome AND covid 19 AND nursing; Pandemic AND stress management AND nurse; Burnout AND covid 19 AND Nurse; Stress AND nursing AND covid 19; Burnout AND pandemic AND nursing; Nursing AND burnout AND covid; Stress AND nursing AND Wuhan AND management; Burnout AND pandemic; Burnout AND nursing; (stress) AND (nurs* OR nurses OR nursing) AND (covid-19 OR coronavirus OR 2019-ncov); Stress AND management AND (covid-19 OR coronavirus OR 2019-ncov) y Burnout in nursing AND covid, además sus equivalentes en español. Los resultados encontrados en cada una de las combinaciones se resumen en la siguiente tabla (Tabla N°1).

Como criterios de inclusión se consideraron artículos completos, publicados durante el año 2020, en idioma español e inglés. Los criterios de exclusión fueron textos que no respondían a la pregunta de investigación, tesis y abstract de congresos.

Para la recolección y análisis de la información se utilizó como herramienta una planilla de Microsoft Excel ®. El análisis se realizó en forma equitativa por los 5 investigadores del equipo, de acuerdo con los tópicos de resultados de la investigación.

Tabla N° 1: Resultados de la búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	N° artículos encontrados	N° artículos seleccionados
PubMed	Pandemic AND stress management AND nurse	67	4
	stress AND nursing AND covid 19	165	1
	Burnout AND pandemic AND nursing	28	1
Elsevier	covid AND enfermería AND estrés	16	1
Scielo	Burnout AND enfermería AND pandemia	1	1
	Burnout AND nursing	249	2
Cinahl	(stress) AND (nurse or nurses or nursing) AND (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov)	100	7

4: Finalmente, se llevaron a cabo dos lecturas exhaustivas de cada uno de los artículos seleccionados y se descartaron aquellos textos que no cumplieran con los criterios de inclu-

sión. Los artículos seleccionados se resumen en la figura 1.

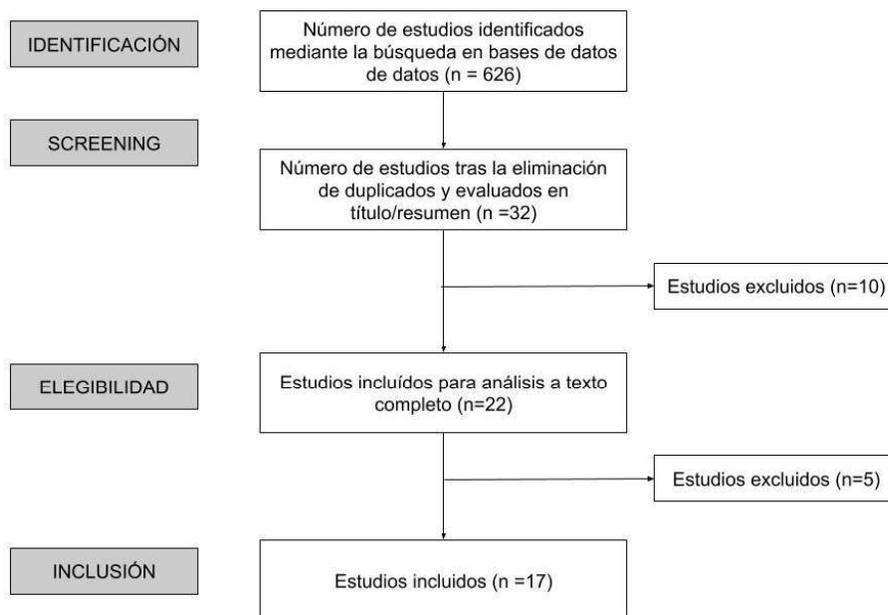


Figura 1. Flujograma de selección de artículos

Resultados

Los 17 artículos analizados fueron: 4 de Estados Unidos, 3 de China, 2 de Reino Unido y uno de Chile, Corea, Croacia, Ecuador, España, Irán, Jordania y Tailandia. Los estudios fueron descriptivos, observacionales y analíticos, presentando diferentes estrategias para la prevención y disminución del SB.

Actualmente, los profesionales de salud se encuentran enfrentando una de las pandemias más graves presentadas en el último tiempo por su rápida propagación y letalidad como es la del COVID-19. Esta situación ha traído consigo un aumento en la prevalencia del SB, desarrollando despersonalización, cansancio emocional, disminución de los logros personales, agotamiento, estrés y/o depresión en los equipos de salud, incluso desenlace fatal. Es por esta razón que es esencial asegurar un bienestar psicológico al personal de salud, en específico, al profesional de enfermería (2,4-9).

Las medidas o soluciones que se deben implementar para evitar la presencia de complicaciones generadas por eventos estresantes, deben ser del tipo preventivas, es decir, aquellas que sirvan para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores (10). Estas estrategias deben enfocarse desde la prevención hasta el tratamiento, desde las respuestas organizativas y de equipo hasta las dirigidas al autocuidado individual y apoyo de los compañeros (6).

I. Medidas organizacionales

La evidencia encontrada en la literatura señala 9 distintos tipos de medidas de acción organizacionales, las cuales se subdividieron en orden al tipo de solución especificado a continuación.

1. Salud mental y física

Se ha evidenciado que es primordial para la salud global, el monitorear y garantizar la salud mental al personal que se desempeña dentro del área médica combatiendo la pandemia COVID-19 (7). Se declara, que los psicólogos son quienes deben realizar evaluaciones e

intervenciones tempranas, para la detección del estrés en el personal de salud y lograr la disminución de la tasa de angustia, ocasionada por la ansiedad y la depresión, debido a la contingencia sanitaria que ellos se encuentran viviendo diariamente (11-13). De la misma manera se debe enfrentar el estigma que rodea a “la salud mental”, y recurrir oportunamente a solicitar ayuda si se sufre agotamiento (burnout), depresión o ideación suicida (9). Otra de las medidas adoptadas por algunos establecimientos de salud, se han centrado en realizar capacitaciones y orientaciones a distancia con respecto a la salud mental al profesional de enfermería, además de la evaluación temprana y resolución activa del estrés psicológico. Se ha utilizado psicoterapia individualizada, intervenciones médicas a través de conferencias, asesoramiento grupal, asesoramiento individual y líneas de atención psicológica (11). A sí mismo, un estudio realizado en Estados Unidos (9), demostró que la incorporación de la intervención basada en evidencia, como lo es el programa *Mindbodystrong*, el cual consiste en una terapia cognitivo-conductual (TCC), demostró disminuciones a corto y más largo plazo en los síntomas depresivos, ansiedad y estrés, así como aumento en los comportamientos de estilo de vida saludable y la satisfacción laboral en las enfermeras que recibieron esta intervención. Además, se han incluido otro tipo de programas enfocados en la educación de técnicas de relajación y manejo del estrés: yoga, expresión de sentimientos a través de una exploración de la literatura, el arte, la música y la escritura, talleres de escritura y lluvia de ideas sobre formas de cambiar el lugar de trabajo y la carga de trabajo (14).

Por otro lado, existen instituciones que han puesto a disposición de sus equipos, recintos como hoteles para el albergue de funcionarios de salud en períodos de descanso y para los profesionales de la salud que están en cuarentena. Estos últimos requieren estar físicamente alejados de sus familias, colegas y red de apoyo, e incluso algunos han elegido voluntariamente alejarse de su familia y seres queridos. De esta manera tratan de evitar exponerlos de forma inadvertida, y mantener un distanciamiento preventivo de su grupo familiar (15).

2. Entorno laboral

Respecto al entorno en el cual desempeña su función el personal de salud, la literatura recomienda a la enfermera familiarizarse cuanto antes con su ambiente laboral y sus procedimientos (11). Además, es necesario crear una atmósfera de equipo amigable, brindar apoyo al personal y reducir la carga emocional en entornos estresantes (16). Por ejemplo, es muy conveniente elaborar un informe periódico, dirigido a todo el equipo de salud de manera que el personal conozca el ambiente al cual se verá enfrentado al iniciar su jornada (15). Asimismo, se sugiere a las autoridades mantener los canales de comunicación abiertos, con los distintos actores en esta epidemia, favoreciendo un clima de receptividad y análisis real de las retroalimentaciones que se originen en el día a día (5).

3. Trabajo en equipo

El apoyo social es un factor protector importante para aliviar el estrés mental y levanta las barreras psicológicas, por ello, las enfermeras deben animarse unas a otras, y generar espacios donde puedan discutir, compartir los sentimientos y experiencias con sus colegas de manera oportuna, desahogar las emociones negativas, y lograr una comprensión entre pares. A sí mismo, los directores de enfermería deben ayudar a las enfermeras a movilizar activamente sus sistemas de apoyo social (17,18).

Se ha identificado que el profesional de salud mantiene íntima relación con el estrés gremial, lo que produce una problemática a nivel individual, interpersonal o social (19). Es por este mismo motivo se fomenta generar espacios laborales, donde el equipo de trabajo en conjunto pueda resignificar los cambios provocados por la crisis sanitaria, desde lo que se percibe como normal o como una debilidad, a buscar y encontrar un nuevo enfrentamiento a la nueva realidad, mejorando la eficiencia, la efectividad en la labor profesional y en las relaciones interpersonales (15). Además, se avala la importancia de un líder en crisis: fomentando actividades de ocio y relajación, y que este sea capaz de recibir aportes de

manera respetuosa, considerando el bienestar del equipo, manteniendo un buen ambiente laboral, constructivo y positivo (15,17). El líder debe cumplir el rol de director de bienestar, con el fin de crear culturas de bienestar sostenibles y mejorar la salud y el bienestar de los equipos sanitarios (9).

4. Turno de trabajo

El personal de salud al verse enfrentado a una situación desconocida y sin el conocimiento necesario, “el sentirse bajo presión es una experiencia que usted y muchos de sus colegas probablemente estén viviendo; de hecho, es muy normal sentirse así en la situación actual”, como lo refiere OPS (20), esta situación se ve más afectada al incluir los cambios en las rotativas de turnos de los profesionales de salud (9,11,17). Diversos artículos señalan que debe existir una reducción en las horas de trabajo, para así asegurar que las enfermeras descansen lo máximo posible, reduciendo la rotación de turno de 6 a 4 horas (11). También se propone que los turnos de 12 horas deben eliminarse, ya que tiene un impacto adverso en la salud física y mental de las enfermeras, que impacta en la calidad y seguridad de la atención dentro del turno (9,17). Además, se recomienda realizar ajustes en los horarios de salida o entrada al centro de salud, esto en virtud de las restricciones vigentes en las que se encuentre la zona, como lo es el toque de queda o cuarentena (15).

5. Grupos de apoyo

Ante la existencia de problemas, esforzarse para empezar nuevas tareas y un apoyo emocional afectivo, tiene un efecto positivo sobre la persona, mejorando así la recuperación. La literatura menciona como medida el asesoramiento y el apoyo laboral a través de grupos de apoyo como el asesoramiento, donde el profesional podrá consultar ante alguna duda o inquietud sobre alguna acción que debe seguir. El grupo de apoyo laboral debe estar orientado a mejorar la capacidad de planificar, ejecutar y evaluar las tareas a las que se vean enfrentados (13). Otro objetivo del grupo de apoyo es el fortalecimiento de la atención humanitaria y orientar el sistema de apoyo social (11).

6. Asistencia en línea

Se han proporcionado plataformas en línea con asesoramiento para compartir información sobre cómo disminuir el riesgo de contagio, logrando reducir la ansiedad y la presión sobre los trabajadores de salud (17). Un estudio revela (11), el uso de la plataforma de Wechat como canal de comunicación para difundir información positiva, el avance del control de la epidemia y medidas de rehabilitación de pacientes logrando mejorar la atmósfera y la cohesión del trabajo en equipo. Por otro lado, en Ecuador, se ha implementado el uso de Telemedicina en salud mental para los colaboradores hospitalarios (5). Este artículo también señala que China desde el inicio de la pandemia a través de la red social Weibo, implementó programas de salud teledirigidos al COVID-19, como lo es el programa de inteligencia artificial Tree Holes Rescue, el cual determina el riesgo suicida a través de la aplicación (5). Sin duda, integrar psicólogos, es clave en estas sesiones virtuales (15).

7. Formación

La pandemia ha sido una oportunidad para que los gobiernos, los sistemas de salud y las enfermeras integren los aprendizajes obtenidos desde la experiencia para generar cambios significativos en la profesión de enfermería. Desde este paradigma, se incita a la educación continua como forma de brindar herramientas en relación al liderazgo, dirección y comunicación para entregar información oportuna, abierta y transparente respecto a la prevención de epidemias (16,21). Además, la formación debe incluir el manejo de pacientes COVID-19 y temáticas de cobertura de seguros laborales asociados a la contingencia, necesidad de exámenes o entrega de permisos de salud. Es de importancia, que la institución encargada provea de guías de autocuidados tanto para su personal como su familia (15). Se ha demostrado que proporcionar un programa educativo sobre el cuidado de pacientes con enfermedades pandémicas aumenta la confianza en uno mismo y reduce las preocupaciones de los trabajadores. La integración de estas medidas en los centros de salud, podrá

generar una disminución o control de la salud mental, punto importante para desencadenar o no Burnout (22).

8. Estructura / Funcionamiento

Los sistemas sanitarios se ven enfrentados a gestionar sus recursos humanos, dado el aumento de la demanda (9), por lo que se sugiere que las instituciones identifiquen los puestos o funciones claves en las cuales los alumnos de pregrado o residentes de primer año puedan proveer servicios de apoyo al personal de salud en funciones como aislamiento preventivo, o incluso a pacientes no COVID-19, permitiendo que las nuevas generaciones se involucren en la crisis actual, sin comprometer su salud. Esto requiere coordinación con los centros docentes (15). De igual manera, es de alta relevancia que exista una definición de los dilemas éticos eventuales, por los recursos, tales como: disponibilidad de Equipo de Protección Personal (EPP), acceso a camas UCI, definición de criterios de inclusión en ventilación mecánica, instalaciones hospitalarias, áreas que se pueden mejorar o implementar, personal requerido y directrices de control sistemático de infecciones (15,23). Como parte del funcionamiento, la evidencia señala que se puede implementar un sistema de notificación anónimo para que los trabajadores expresen su pesar sobre ellos y sus pacientes, lo cual les proporciona a las enfermeras un elemento de seguridad psicológica durante la pandemia (13). Asimismo, se señala el uso de una pizarra en la sala de descanso, donde el personal pueda compartir sus buenos pensamientos con el turno (18).

9. Política de salud

Las políticas de salud son el lineamiento que rige a la población y personal de salud de un país; éstas deberían someterse a constantes actualizaciones y modificaciones, dependiendo de los procesos que esté enfrentando el mundo, con el fin de, lograr brindar herramientas necesarias para confrontar situaciones futuras como la actual pandemia originada por la enfermedad del COVID-19. Actualmente, se ha evidenciado un problema grave de planificación, preparación, organización y liderazgo, por parte de algunos sistemas de salud y gobiernos, incluida la falta de suministros médicos requeridos y de EPP para enfermeras y otros trabajadores (3,21). Por estas causas el Institute for Public Policy Research de Reino Unido, reveló que uno de cada cinco profesionales comentó que es probable que abandone el sistema de salud posterior al COVID-19 (24).

En China, se han implementado de políticas enfocadas en la atención de trabajadores médicos, a través de redes sociales y su entorno clínico; por ejemplo, el personal de la comunidad visita a las familias de las enfermeras y brinda ayuda a las familias necesitadas para que las enfermeras puedan concentrarse en su trabajo en Wuhan (17).

II. Medidas personales

Las medidas personales evidenciadas de índole cognitivo-conductual, para disminuir el SB en la pandemia COVID-19, se seccionan en tres áreas de intervenciones; Comunicación, autocuidado y técnicas de manejo del estrés.

1. Comunicación:

La evidencia sugiere que las habilidades comunicativas son un pilar fundamental para combatir el estrés, de manera clara, regular y honesta, y en relación a los distintos agentes sociales con los que se relaciona el personal de salud, como, pacientes, compañeros de trabajo, familia, amigos, a través de los medios de comunicación (3). Estudios proponen que los profesionales de salud deben adquirir habilidades de comunicación, de manera que se sientan más seguros y competentes en las relaciones interpersonales con sus pacientes y/o colegas de trabajo (14,19), dado que el apoyo entre compañeros ayuda a aliviar el estrés y genera una sensación de fortaleza, armonía, calma (13). Los gestores y las enfermeras deben compartir sus experiencias, y anhelos, y así encontrar un nuevo significado en medio del caos (18), discutir y compartir sus sentimientos y experiencias con sus colegas de manera oportuna y desahogar las emociones negativas, además de prestar atención no solo a lo personal, sino que también a lo que ocurre en el entorno (17). Adicionalmente se revela,

la importancia de mantener comunicación como soporte emocional y espiritual (15,17). Investigaciones sugieren al personal de enfermería decidir de dónde obtendrán la información y a contrastar ésta con su red de contactos cercanos, jefaturas, literatura nacional e internacional y fuentes oficiales, de manera de reconocer datos no fidedignos, para lograr disminuir el nivel de angustia e inseguridad (13,15).

Se refuerza que para poder mantener la comunicación se requieren recursos de conectividad, comunicación y redes sociales (15,17).

2. Autocuidado:

El autocuidado se conceptualiza de manera integral, abarcando el cuidado físico, mental, social, emocional y espiritual (15), como base para que las enfermeras se cuiden a sí mismas y puedan cuidar a los demás (3). En el contexto actual de salud, los trabajadores sanitarios a menudo han hecho caso omiso a su propio cuidado, en pos de brindar una excelente atención a sus pacientes y familiares (9).

Según las estrategias recabadas, los artículos comparten que es esencial que las enfermeras prioricen su propio bienestar, atendiendo sus necesidades más básicas: las necesidades fisiológicas y de seguridad humana pasan a ser prioridad, cuando se está en crisis, por ejemplo, el refugio, la alimentación adecuada, el descanso, sueño y protección (3). Un ejemplo de ello, es mantener hábitos saludables: comer bien y que la comida provenga desde casa, eliminar la ingesta de alcohol, bebidas gasificadas, realización de ejercicios aeróbicos, prestar atención a la cantidad y calidad del sueño, aminorar el cansancio tomando algunos descansos cortos en el trabajo y en casa, darse la posibilidad de exponerse breves periodos al sol y/o salir al aire libre, leer libros y compartir con la familia. Se aconseja asimismo que realicen una respiración consciente a lo largo del día en las distintas actividades que ejerzan, se evoca también el uso de máscaras y precauciones de seguridad y por último considerando el autocuidado en el seno del hogar, se advierte no llevar problemas a la casa y, a apagar la televisión (3,13,15).

En relación a la emotividad, se proponen como estrategias el reconocimiento de los pensamientos y sentimientos, además de la expresión de las emociones (11,2), aunque a veces la respuesta natural es intentar no pensar en las experiencias difíciles se fomenta abrirse a ellas, pues si se intenta eliminarlas o suprimirlas puede ser contraproducente (24).

Desde el punto de vista laboral, los turnos prolongados generan un deterioro del autocuidado, mayor estrés y sobrecarga física y emocional (17), por lo que se recomienda hacer pausas no programadas cuando se siente bajo tensión, realizar turnos acotados y considerar un tiempo de recuperación y descanso luego de finalizar la jornada (3).

3. Técnicas de manejo del estrés:

En la búsqueda realizada, se ha hecho alusión a esta estrategia como un método favorable, proponiendo las habilidades de relajación y estrategias individuales de manejo del estrés (14) como ejercicios prácticos de técnicas de aceptación y compromiso (ACT) (24). ACT es un modelo transdiagnóstico que a través de la aceptación y la atención plena aumenta la flexibilidad psicológica, la cual fomenta una vida más significativa y enriquecida, guiada por los propios valores fundamentales de la persona (24). La atención plena o mindfulness, por sí sola también es estrategia eficaz para el manejo del estrés, que incluye actividades de concentración en aquello que está sujeto al control propio, a reconocer los pensamientos y sentimientos, conectarse con el cuerpo y a participar activamente en la actividad que da lugar en el momento presente (13,24).

Otras de las técnicas de manejo del estrés llamadas “micro prácticas”, que están dentro de las más innovadoras intervenciones para alcanzar el bienestar emocional, están los ejercicios de respiración de atención plena junto con otras técnicas de autoconciencia: yoga, tai chi y meditación. Todas las anteriormente mencionadas incluyendo el Stress Management and Resiliency Training, que combina intervenciones basadas en la web con lectura independiente y discusiones facilitadas son consideradas como coadyuvante en el manejo del agotamiento y desgaste psicológico que genera el estrés crónico y/o depresión (14,15,18).

Conclusiones

El SB es altamente relevante en la actualidad, ya que en época de COVID-19 ha aumentado su prevalencia a pesar de que existen diferentes medidas preventivas para este síndrome, que se han replicado de acuerdo a la evidencia. Es así, que en esta investigación se clasificaron en dos grandes grupos: medidas organizacionales y personales.

La medida organizacional que se describió con mayor frecuencia fue la mantención de la salud mental y física del personal de salud, considerándola como una medida preventiva en el manejo del SB. Como medida personal la más referenciada fue la comunicación, con el objetivo de aumentar la seguridad, confianza, las relaciones interpersonales con los pacientes y/o colegas de trabajo y finalmente el bienestar de los colaboradores. Por el contrario, la medida organizacional menos citada fueron los grupos de apoyo, y como medida personal fueron las técnicas de manejo del estrés.

Es destacable que las medidas organizacionales han resultado de mayor interés para el manejo del estrés con relación a las personales. Variadas evidencias plantean estrategias con una visión a futuro, ya que no todas las instituciones sanitarias disponen de protocolos para implementar en sus recintos, por ser una situación nunca antes vivida.

Se observó que en comparación con artículos relacionados al SB previos a COVID 19, que las técnicas de autoconciencias como meditación, mindfulness, yoga, habían sido por excelencia las estrategias más innovadoras resultando eficaces y efectivas para la prevención y/o reducción el Síndrome de Desgaste Profesional, pero en los artículos más recientes fueron notablemente menos abordadas, dando mayor relevancia a las estrategias organizacionales con enfoque sistémico (25).

La mirada visionaria respecto a la prevención del SB permitirá estar preparado para nuevas infecciones como la que estamos viviendo, por lo que la salud de las enfermeras/os dependerá de las medidas y recursos que se dispongan para enfrentarla; además contar con profesionales capacitados y competentes en su trabajo.

Con los resultados obtenidos, se espera promover futuras investigaciones que permitan aplicar y generar nuevas estrategias preventivas de manera que los profesionales de enfermería, no presenten mayores índices de Burnout en caso de enfrentar futuras crisis sanitarias.

Referencias bibliográficas

1. Rendón M, Peralta S, Hernández E, Hernández R, Vargas M, Favela M. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enferm glob* [Internet]. 2020 [Consultado 11 Sep 2020]; 19(59): 479-506. doi: <http://doi.org/10.6018/eglobal.398221>.
2. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [Consultado 11 Sep 2020]; 60(1): e60–e65. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>.
3. Otonín B, Lorca T. The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *Int Braz J Urol* [Internet]. 2020 [Consultado 18 Oct 2020]; 46(1): 195-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2020.s124>.
4. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [Consultado 15 Sep 2020]; 3(3):e203976. doi: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
5. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the CO-

- VID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinical-Medicine* [Internet]. 2020 [Consultado 18 Oct 2020]; 24: 100424. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>.
6. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 [Consultado 17 Oct 2020]; 29 (15-16): 2742-2750. doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15307>
 7. Salopek-Žiha D, Hlavati M, Gvozdanović Z, Gašić M, Placento H, Jakić H, et al. Differences in Distress and Coping with the COVID-19 Stressor in Nurses and Physicians. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2020 [Consultado 21 Oct 2020]; 32(2):287-293. Disponible en: <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.287>
 8. Vinueza A, Aldaz N, Mera C, Pino D, Tapia E, Vinueza M. Burnout syndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic. *SciELO* [Preprint]. 2020 [Consultado 18 Oct 2020] doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>.
 9. Mazurek B. Burnout, Depression and Suicide in Nurses/Clinicians and Learners: An Urgent Call for Action to Enhance Professional Well-being and Healthcare Safety. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2020 [Consultado 18 Oct 2020]; 17(1):2-5. doi: <https://doi.org/10.1111/wvn.12416>.
 10. Dirección del Trabajo. Centro de consulta; ¿Qué se entiende por Medidas Preventivas para efectos del derecho a saber?. DT. [Internet]; [Consultado 18 Oct 2020]. doi: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-99180.html>.
 11. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Crit. Care*. [Internet]. 2020 [Consultado 17 Oct 2020]; 24(1):200. doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>.
 12. Shahrour G, Dardas LA. Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [Consultado 21 Oct 2020]; 28(7): 1686– 1695. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13124>.
 13. Evans G. The “Parallel Pandemic”: Clinicians May Face Post-Traumatic Stress. *Hosp Employee Health* [Internet]. 2020 [Consultado 18 Oct 2020]; 39(7):1-4. doi: <https://www.reliasmedia.com/articles/146385-the-parallel-pandemic-clinicians-may-face-post-traumatic-stress>.
 14. Janeway D. The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic. *J Radiol Nurs* [Internet]. 2020 [Consultado 17 Oct 2020]; 39(3):176-178. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.06.004>.
 15. Macaya P, Aranda F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest* [Internet]. 2020 [Consultado 21 Oct 2020]; 49: 356-362. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n03.014>
 16. Feng M-C, Wu H-C, Lin H-T, Lei L, Chao C-L, Lu C-M, et al. Exploring the Stress, Psychological Distress, and Stress-relief Strategies of Taiwan Nursing Staffs Facing the Global Outbreak of COVID-19. *Hu Li Za Zhi* [Internet]. 2020 [Consultado 21 Oct 2020]; 67(3):64-74. doi: [https://doi.org/10.6224/JN.202006_67\(3\).09](https://doi.org/10.6224/JN.202006_67(3).09).
 17. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [Consultado 17 de octubre de 2020]; 28(5):1002-1009. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>.
 18. Young M. Nurses, Case Managers Can Build Resilience in Difficult Times. *Hospital Case Management* [Internet]. 2020 [Consultado 21 Oct 2020]; 28(6):1-3. doi: <https://www.reliasmedia.com/articles/146171-nurses-case-managers-can-build-resilience-in-difficult-times>.
 19. Llor J, Seva A, Díaz J, Gutiérrez L, Leal C. Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enferm glob* [Internet]. 2020 [Consultado 21 Oct 2020]; 19(59): 68-92. doi: <https://doi.org/10.6018/>

- eglobal.381641.
20. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. [Internet] Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, OPS. Documents, 12 marzo 2020. [Consultado 21 Oct 2020]. doi: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>.
 21. Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International Nurs Rev* [Internet]. 2020 [Consultado 22 Oct 2020]; 67(2):164-167. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12598>.
 22. Lee J, Kang SJ. Factors influencing nurses' intention to care for patients with emerging infectious diseases: Application of the theory of planned behavior. *Nurs and Health Sciences* [Internet]. 2020. [Consultado 21 Oct 2020]; 22(1):82-90. doi: <https://doi.org/10.1111/nhs.12652>.
 23. Hoseinabadi TS, Kakhki S, Teimori G, Nayyeri S. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease -COVID-19- in Iran. *Investigacion Educ Enferm* [Internet]. 2020 [Consultado 7 de octubre de 2020]; 38(2):1-12. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v38n2e03>.
 24. Cartwright J, Thompson A. Introducing Psychological Strategies for Healthcare Professionals during Covid-19: An Overview of the Face Covid Intervention. *Dermatological Nurs* [Internet]. 2020 [Consultado 22 Oct 2020]; 19(2):18-21. doi: <http://search.ebscohost.com.recursosbiblioteca.unab.cl/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=144293923&lang=es&site=ehost-live>
 25. Meléndez A, González R. Prevención, control y estrategias para el manejo del Síndrome de Desgaste Profesional de Enfermería en España. *Revista Enfermería del Trabajo* [Internet]. 2016 [Consultado 18 Nov 2020]; 6(4):131-135. doi: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5746484>.

TODO SE TRANSFORMÓ COMPLETAMENTE: EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN A LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA.

EVERYTHING HAS CHANGED: DEALING
WITH COVID-19 PANDEMICS INTO PUBLIC
HEALTHCARE INSTITUTIONS.

*TUDO TRANSFORMOU-SE
COMPLETAMENTE: EXPERIÊNCIAS DE
CUIDADOS DURANTE A PANDEMIA
COVID-19 NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA.*

Resumen

Se parte de la experiencia de los/as trabajadores/as de la salud pública desde la declaración de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, con el objetivo de analizar las transformaciones que ocurrieron en su trabajo cotidiano e identificar los desafíos y principales problemáticas a abordar desde las políticas públicas. **Métodos:** se trata de una investigación cualitativa que alcanza a 41 trabajadores/as de la salud pública, entrevistados mediante la aplicación de audio telefónico *WhatsApp*. **Resultados y conclusiones:** los/as trabajadores coinciden al señalar una completa transformación en las formas de atención y en su trabajo en particular. Las principales tensiones que emergen son: a) en relación a los espacios de trabajo que en este contexto adquieren nuevos sentidos y significados; b) los tiempos de trabajo-descanso y; c) los nuevos roles y actividades que debieron aprender y adaptar/se. Tales dimensiones constituyen un desafío

Anahí Sy¹,
Brenda Moglia²,
Paula Daniela Derossi³

¹Instituto de Salud Colectiva.
Universidad Nacional de
Lanús. CONICET. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-1281-5333?lang=es>

²Instituto de Salud Colectiva.
Universidad Nacional de
Lanús. CONICET.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3640-5232>

³Instituto de Salud Colectiva.
Universidad Nacional de
Lanús. CONICET.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6770-8220>

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.33077>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 13
de julio 2021.
Aprobado: 23 de
noviembre 2021.

para el acompañamiento a los equipos de salud en la transición hacia nuevos escenarios de la Salud Pública en la Argentina.

Palabras clave: COVID-19; pandemia; investigación cualitativa; equipos de salud; políticas de salud.

Abstract

This article is based on the accounts of public healthcare workers' experiences since the declaration of a public health emergency due to the COVID-19 pandemic. The objective is to analyze the transformations that occurred in their daily work during the pandemic and identify the main challenges and problems to be addressed through public policies. **Methods:** a qualitative research study was carried out to 41 public health workers, interviewed by *WhatsApp* audio telephone. **Results and conclusions:** the informants highlight a total transformation in the forms of care and in their work in particular. The primary tensions that emerge: a) the spaces where work takes place that in this context acquire new sense and meaning; b) the times for work and leisure; and c) the new roles and activities the workers have had to learn and to which they have had to adapt. We highlight these dimensions as crucial to supporting healthcare teams in the transition toward a new reality of public health in Argentina.

Keywords: COVID-19; pandemic; qualitative research; healthcare workers; health policy.

Resumo

Baseia-se na experiência de agentes da saúde pública desde a declaração da emergência sanitária devido à pandemia COVID-19, com o objetivo de analisar as transformações ocorridas em seu cotidiano de trabalho e identificar os desafios e principais problemas a serem defrontados desde as políticas públicas. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa que abrange 41 agentes da saúde pública, entrevistados por meio do aplicativo de áudio telefônico *WhatsApp*. **Resultados e conclusões:** os agentes coincidem em salientar uma transformação completa nas maneiras de cuidar e em seu trabalho em particular. As principais tensões que emergem são: a) em relação aos espaços de trabalho que neste contexto adquirem novos sentidos e significados; b) períodos de trabalho-pausa e; c) os novos papéis e atividades que eles tiveram de aprender e se adaptar. Tais dimensões constituem um desafio para o acompanhamento das equipes de saúde na transição para novos cenários de Saúde Pública na Argentina.

Palavras-chave: COVID-19; pandemia; pesquisa qualitativa; equipes de saúde; políticas de saúde.

Introducción

Desde fines de 2019 y más precisamente a partir de marzo del 2020, con la identificación del SARS CoV-2 y la declaración de la pandemia, se generaron numerosos cambios en la vida cotidiana de todos los grupos sociales. Se vieron transformadas rutinas, dinámicas sociales y el sentido con el que los sujetos interpretaban el mundo. Particularmente en el ámbito de la salud, esto generó la necesidad de adecuar los servicios públicos de salud a las necesidades de esta nueva realidad, con el propósito de garantizar la atención a toda la población.

En Argentina, la emergencia en salud preexistía a la declaración de la emergencia sanitaria: el pluriempleo, las extensas jornadas de trabajo en condiciones precarias han caracterizado al sector salud hace décadas (1). Hacia fines de 2019, los hospitales y las institucio-

nes de salud pública en general mostraban un enorme deterioro; a la escasez de materiales básicos para la atención, se sumaba la reducción de recursos humanos y la decisión de nombrar el Ministerio de Salud como Secretaría (2-4). Si bien en diciembre de ese mismo año, con el cambio de gobierno, se busca revertir esta situación mediante la restitución del Ministerio de Salud como organismo de competencia responsable por la salud de la población (ver Decreto 7/2019), la precariedad en las condiciones de trabajo persisten (5). En marzo de 2020, a partir de la dispersión del brote epidémico del COVID-19 originado en Wuhan, se declara la emergencia sanitaria en Argentina (ver Decreto DNU 260/2020) (6) y la medida de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ver Decreto 297/2020) (7) con el fin de mitigar una potencial crisis sanitaria y social. En ese marco, se tomaron medidas para prevenir el avance del virus, las personas debían permanecer en sus lugares de residencia, a excepción de los/as trabajadores/as que fueron nombrados como “esenciales”, entre ellos: el personal de salud cuya circulación debía limitarse al cumplimiento de sus actividades laborales (7), se suspendió las licencias al personal de salud (6). El teletrabajo se extendió a todos los ámbitos, incluso comenzó a ser utilizado por el personal de salud. Este artículo se orienta a indagar sobre las transformaciones en la organización del trabajo de los/as trabajadores/as de la salud, las interpretaciones y valores asociados a ello. En este sentido, partimos de la hipótesis que la reorganización del espacio y de las tareas desarrolladas por los/as trabajadores/as, generan un proceso de ruptura y de re-configuración de los sentidos y significados asociados a sus prácticas, poniendo en cuestión aquello que había sido naturalizado en su trabajo cotidiano.

En nuestro país, diversos autores (8-12) han destacado las dimensiones de espacio-tiempo como cruciales en la organización simbólica y material en los ámbitos de salud pública, así como respecto al establecimiento de vínculos y jerarquías. El contexto de la pandemia, desde nuestra perspectiva, permite indagar en lo que Ferrero (9) llama “trabajo rutinizado” y las dimensiones de espacio: material, representada y vivida (12). Tanto el trabajo cotidiano como el espacio, en el sentido amplio que le dan García et al.(12), se ven reconfigurados durante la pandemia. Particularmente, las prácticas de cuidado, entendidas no sólo como acciones técnicas sino también como aquellas donde se involucran compromiso y responsabilidad hacia otros (13,14), adquieren relevancia y se amplían en el marco de una pandemia.

Es en ese sentido que retomamos el concepto de acontecimiento disruptivo⁽¹⁵⁾ de Reguillo, para describir la actual pandemia como un evento que provoca un proceso de desestructuración de lo cotidiano, a la vez que se trata de una construcción social, donde participan actores que ocupan espacios sociales diferentes con grados de legitimidad diversos. Esto resulta de especial interés en la medida que la pandemia, a la vez que afecta a la salud, afecta a la vida social y cotidianidad de las personas, transformándose en un hecho social y, como tal, definido y construido socialmente, en sus dimensiones, características y gravedad. Reguillo formula su concepto de acontecimiento en el sentido que le da Alain Baidou (16) y, de manera similar a Veena Das (17), se refiere a un evento crítico como aquel que instaura nuevos modos de acción y redefinición de categorías a partir de una ausencia de sentidos adecuados para comprender la nueva situación y de la necesidad de crear nuevos modelos interpretativos.

Según Reguillo (15), un acontecimiento disruptivo implica cambios a partir de dos momentos: uno de caos, de crisis, de un profundo movimiento y otro de reorganización, de institucionalización, de nuevos sentidos que habían entrado en crisis. Esta dinámica social lleva al cuestionamiento de un orden que, al mismo tiempo, engendra otro. Es a partir de este movimiento que se produce un marco espacio-temporal propio, que se define según reglas de juego que están en un continuo rehacerse. Este espacio intermedio consiste en un proceso de tensión que fluctúa entre las estructuras debilitadas y la generación de un nuevo orden. El punto de interés no es el antes o el después, sino el durante, produciéndose tensiones en las condiciones del pasado y lo experimentado a partir del acontecimiento

disruptivo. Situándonos en este espacio intermedio nos preguntamos de qué modo el espacio social y material se han visto involucrados y movilizados a partir de la declaración de la pandemia. En este sentido, nos centramos en las experiencias de atención de quienes se encuentran trabajando en el subsector público de salud, tomamos como objeto de análisis sus relatos, que van desde un momento inicial cuando aún no existía circulación comunitaria del virus, hasta que comienzan a aparecer los primeros casos y muertes en nuestro país, llegando hasta el mes de julio del 2020.

Al revisar los antecedentes de investigaciones sobre la pandemia en Argentina hallamos que el Observatorio de Investigaciones COVID-19 (Ministerio de Salud de la Nación) cuenta con un registro de 459 investigaciones en curso (al 8-08-20), en su mayoría sobre la introducción de nuevas tecnologías y tratamientos del coronavirus. Solo 18 se centran en aspectos que no remiten al carácter patógeno del virus o a sus efectos fisiológicos. La mayoría, doce, se localizan en la Ciudad de Buenos Aires y producen información local; de las seis restantes, cinco se localizan fuera de la Capital Federal, produciendo información sobre otras provincias de la Argentina y una de ellas se trata de un estudio internacional, con otros países latinoamericanos. Diez de estos trabajos refieren a los/as trabajadores/as, principalmente abordan su salud mental y, en menor medida remiten a las intervenciones o acciones durante la pandemia o sobre la aceptación de elementos de protección personal. Como antecedente legal, en Argentina, recientemente se sanciona la ley 27548 (18), conocida como “ley Silvio” para la protección al personal de salud ante la pandemia de coronavirus. De acuerdo con la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA), el Ministerio de Salud informa que la cantidad de trabajadores/as sanitarios infectados en Agosto del 2020 superaba los 15.000 (19), alcanzando los 80.000 infectados en marzo de 2021 con 500 fallecidos (20).

Esta información muestra que, en un breve lapso de tiempo, la pandemia ha generado enormes transformaciones en la cotidianidad de los/as trabajadores/as de la salud, no solo en términos epidemiológicos, sino también en los procesos sociales que conlleva ese número de contagios y fallecidos al interior de las instituciones sanitarias.

Métodos

Nuestra aproximación a las instituciones de salud y a sus trabajadores/as es una línea de investigación que venimos desarrollando hace más de una década en el Instituto de Salud Colectiva (Universidad Nacional de Lanús). En particular, en el año 2018 comenzamos un trabajo etnográfico, en el servicio de emergencia de un hospital público. Desarrollamos observaciones durante un año (2019) y en febrero de 2020 comenzamos la etapa de realización de entrevistas.

Con la declaración de la pandemia, ante la imposibilidad de dar continuidad a ese trabajo de campo, nos planteamos la necesidad de recuperar las experiencias de los/as trabajadores/as de hospitales -que luego se extendió a centros de salud, como veremos más adelante-. La situación impedía el contacto personal y requería de una estrategia que rápidamente permitiera captar el escenario, conocer cómo se desarrollaba la escena a lo largo del tiempo, esto es, recuperar el proceso. Al analizar alternativas metodológicas encontramos que la entrevista telefónica o cualquier otra modalidad -vía Zoom o Meet- se presentaba como algo complejo, por las múltiples demandas a las que se vieron expuestas las personas que trabajan en el ámbito de la salud. Por otra parte, consideramos que la estrategia no podía ser el traslado de la entrevista presencial a una modalidad virtual, sino que debíamos repensar la estrategia para la obtención de datos, en sintonía con aquello que se propone desde el campo de la net-etnografía o ciberetnografía (21,22). En ese sentido, WhatsApp ofrece diversas posibilidades de compartir texto y mensajes de voz, así como también incluir imágenes o videos que remiten al lugar donde se encuentra el narrador o aquello acerca de lo cual se está hablando (23,24).

Se estableció contacto vía WhatsApp con los/as trabajadores/as para que relaten sus experiencias. A través de las redes institucionales se envió un mensaje que invitaba a participar de la investigación, dando cuenta de los objetivos y recaudos éticos a seguir. Cuando nos respondieron manifestando su interés en participar, ampliamos la información mediante audio de WhatsApp o un llamado personal. Estos primeros contactos, a su vez, nos fueron referenciando otros posibles interesados/as en participar, lo que dió lugar a la conformación de la muestra final.

Las primeras invitaciones fueron enviadas el 30 de abril y el primero de mayo tuvimos un amplio número de respuestas. De inmediato advertimos que las personas contactadas tenían la expectativa de recibir una encuesta. El carácter abierto, impreciso y algo ambiguo de la propuesta (se solicitaba una descripción de la experiencia vivida en el contexto de la pandemia) generó cierta incertidumbre. De inmediato decidimos formular tres preguntas abiertas: “¿cuál era tu trabajo cotidiano antes de la declaración de la pandemia?, ¿de qué modo se vio transformado a partir de la pandemia? y ¿cuáles son los sentimientos que aparecen asociados a esta situación?” A esas preguntas luego se fueron sumando otras que surgían del análisis preliminar de los audios, si bien en este trabajo analizamos solamente los datos provenientes de las primeras.

Los audios recibidos iban desde unos pocos minutos hasta los 20 minutos e incluso recibimos de la misma persona, un mismo día, hasta 4 audios de 15-20 minutos cada uno (en algunos casos recibimos también textos o nos enviaban intercambios sostenidos entre colegas o con sus superiores). Estos mensajes eran escuchados y respondidos de inmediato, invitando a continuar con el relato. El carácter abierto de las preguntas enviadas daba lugar a que cada trabajador/a relate su experiencia singular sobre lo que en ese momento le preocupa. Si bien el contacto vía WhatsApp no reemplaza al personal, los relatos recibidos permitieron sumergirnos en el campo, sin estar físicamente ahí y, al mismo tiempo, hacer un seguimiento de la situación de pandemia.

El procesamiento y análisis de los datos fue organizado de la siguiente manera: llega el audio, se escucha y responde (siempre fue la misma persona quien escuchó y respondió cada uno de los audios/textos), esos audios/textos eran subidos a una carpeta compartida con el equipo (en google drive), un equipo de tres investigadoras realizó la transcripción de la totalidad los audios¹. Se realizó un análisis de contenido de las narrativas en tres momentos (25). Primero, una lectura comprensiva y exhaustiva del texto transcrito orientada a tener una mirada del conjunto de los relatos obtenidos y a la elaboración de categorías y conceptos teóricos, así como la explicitación de presupuestos preliminares que orientan el análisis. Luego, se elaboraron ciertas descripciones e inferencias, se construyeron las categorías emergentes definitivas en articulación con los datos y las categorías teóricas. Por último, se elaboró una síntesis interpretativa de los resultados destacando los principales núcleos de sentido identificados.

Este estudio se encuentra vinculado a una red de equipos internacional que está llevando a cabo investigaciones sobre las experiencias de los/as trabajadores/as de salud durante la pandemia de COVID-19, coordinada por el Rapid Research Evaluation and Appraisal Lab (RREAL), perteneciente a la University College London en Reino Unido (<https://www.rapidresearchandevaluation.com/>).

Se procedió de acuerdo con los recaudos éticos establecidos desde el Ministerio de Salud de la Argentina en su Guía para Investigaciones con Seres Humanos y su resolución en el contexto de la actual situación de emergencia sanitaria (Res. MSAL 1480/201) (26). Asimismo, el proyecto general en el que se enmarca este estudio “Transitar de la pandemia a la pos-pandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as” (Convocatoria PISAC-COVID 19, Agencia I+D+i) ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional

¹ Cabe aclarar que hubo algunas conversaciones personales que los/as trabajadores/as nos hacían llegar como forma de convertirnos en testigos de la situación, decidimos no realizar transcripciones de esos audios puesto que involucraban a terceros, si bien sirvieron para situarnos en el contexto.

de Epidemiología “Juan H. Jara” Registro N°059/2016, FOLIO 107 DEL Libro de Actas N°2, con fecha 02/09/2016 (Código: SY 01/2020). Por último, cabe aclarar que los procedimientos desarrollados en esta investigación respetan las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975, revisada en 1983 y actualizada en 2013).

Resultados

La composición de la muestra de trabajadores/as que participaron quedó integrada por un total de 41 personas, 34 mujeres y 7 varones (Tabla 1). Esta conformación de la muestra, si bien no fue prevista o planificada, es expresiva de la feminización del sector de atención de la salud donde la mayor parte de las mujeres ocupan los puestos menos calificados y con los más bajos salarios (27,28).

Tabla N° 1: Composición de la muestra de trabajadores y trabajadoras que participaron

Trabajo	Identidad de Género			Nivel de atención		Totales
	Fem.	Masc.	Otra	Centro de Salud	Hospital	
Enfermería	7	3	-	2	8	10
Medicina	7	3	-	3	7	10
Residencia médica	4	-	-	2	2	4
Trabajo social	3	-	-	1	2	3
Odontología	2	-	-	2	-	2
Bioquímica	1	1	-	-	2	2
Fonoaudiología	1	-	-	-	1	1
Radiología	1	-	-	-	1	1
Instrumentación quirúrgica	1	-	-	-	1	1
Obstetricia	1	-	-	1	-	1
Psicología	3	-	-	-	3	3
Psicopedagogía	3	-	-	2	1	3
Totales	34	7				41

Asimismo, dichas personas se desempeñan en el sistema público de salud, en diversas localidades del conurbano bonaerense (28), Capital Federal (7) Córdoba (5) y Tierra del Fuego (1) (Tabla 2).

Tabla N° 2: Ubicación por localidad de la muestra de trabajadores y trabajadoras que participaron

CABA	AMBA				Interior del País		Totales
	1° Cordón	2° Cordón	3° Cordón	Sin espe- cificar	Córdoba	Tierra del Fuego	
7	14	5	4	5	5	1	41

Respecto a los resultados del análisis, observamos que todas las narrativas remiten, de uno u otro modo, a una transformación en las formas de atención y en su trabajo en particular. Eso involucra una reconfiguración del espacio dentro del hospital o centro de salud, así como también la creación de nuevos ámbitos de trabajo por fuera de estas instituciones. Esto es central para entender cómo la pandemia, como evento disruptivo, posibilita la configuración de nuevos espacios a partir de nuevas prácticas médicas e interacciones que, al mismo tiempo, delinear nuevos procesos de atención y cuidado (12). Estas transformaciones las podemos identificar en el relato de una médica sobre su trabajo en el hospital:

...armamos toda una estructura para mí interesante y que está funcionando, tenemos un equipo de gente que hisopa, un equipo de gente que hace controles domiciliarios, controles telefónicos, bueno es como que nos volvimos a crear desde nuestro trabajo” (Hospital, Ushuaia)

Cada una de esas tareas y modalidad de trabajo resultan inéditas. De manera similar otras narrativas provenientes de Córdoba como del AMBA, remiten a la reorganización de tareas, espacios, tiempos y procedimientos. Además, todo ello ocurre asociado al establecimiento de nuevos protocolos, normativas y reglamentaciones, así como al uso de elementos de protección personal (EPP).

El carácter procesual de los relatos nos permite establecer una cierta cronología entre los eventos sanitarios y la reconfiguración de los diferentes espacios de trabajo que refieren los/as trabajadores/as (cada uno de los eventos que elegimos como fechas puntuales son arbitrarias y no representan cortes tajantes). Un primer momento de organización e incertidumbre sobre el propio trabajo comienza alrededor del 20 de marzo de 2020, con el establecimiento de la cuarentena en nuestro país. Un segundo momento podría establecerse entre el fallecimiento del primer enfermero con diagnóstico de COVID-19 (18 de abril) y la sanción de la llamada Ley Silvio (14 de mayo), que promueve el establecimiento de protocolos de protección y capacitaciones destinadas a la prevención del contagio de quienes desarrollan servicios esenciales. Un tercer momento, vendría dado por la aceleración en el número de contagios y, con éstos, en el número de muertes, que empiezan a ser vividas en primera persona por los/as trabajadores/as, lo que impacta directamente en la reducción de personal en los servicios (por un aumento en el número de licencias por enfermedad y la necesidad de aislar al personal en contacto).

En relación al primer momento, se prioriza la mejora y atención de determinados servicios, como terapia intensiva y urgencias. Con respecto a la atención en consultorios externos, se cancelan los turnos de clínica médica, cirugías programadas y otras intervenciones quirúrgicas. Este aspecto, en palabras de las/os trabajadores, constituye un “parate”, la suspensión de la atención en muchos servicios fue criticada por la falta de un abordaje integral de la salud, considerando que la salud no puede medirse solamente en términos de “síntomas y signos biológicos”. Esto se identifica en los relatos de profesionales de trabajo social y psicología, principalmente:

Digo esa cuestión de que durante la pandemia no hay otros padeceres ¿no? también porque

hay gente que necesita la continuidad de su tratamiento son situaciones de riesgo que no han tenido una cosita sencillita en Salud Mental (Hospital, AMBA).

Muchos/as trabajadores/as de servicios como odontología, salud mental o trabajo social, interrumpieron sus tareas habituales. Ante la ausencia de protocolos o normativas específicas sobre el desempeño de sus tareas cotidianas, algunas/os profesionales adoptan nuevos roles para responder a necesidades emergentes, tal es el caso de quienes trabajan en odontología, salud mental o fonoaudiología, entre otras:

En el caso mío que yo no podía atender a nadie estaba solamente como de intermediario para avisarle a los doctores que estaban, entonces los doctores me decían a mí: ‘no, eso no tienen que verlo acá lo tienen que ver en otro lado’. Entonces yo tenía que ir y dar la cara a la gente (Odontóloga, Centro de salud, Córdoba).

Este nuevo rol generaba situaciones conflictivas al interior del equipo ya que las personas que asistían al centro de salud veían a los médicos y demandaban su atención. Otro caso fue relatado por una médica:

...en realidad en este momento no estoy haciendo consultorio de adolescencia, antes, porque por esto de la pandemia se cerraron los consultorios y estoy ahora cumpliendo una tarea nueva para mí, algo que aprendí en este último tiempo, y estoy trabajando en el 107 que vendría a ser como 911... (Hospital, Ushuaia).

En este contexto, emergen reclamos respecto de los elementos de protección personal (EPP). En este sentido, los/as trabajadores/as señalan que se encuentran desprotegidos debido a que “te dan un camisolín de estos descartable o de estos hidrófugos, impermeables, para compartir” (Médico, Hospital, AMBA) y que el acceso a dichos recursos se logra, en este momento, a través de donaciones o por la compra directa por parte de los/as trabajadores/as. Este punto es central dentro de los equipos de trabajo ya que se identifica en los relatos fricciones, entre quienes deciden usarlos, que son vistos por sus colegas como “exagerados” ante los ojos de sus compañeros/as y aquellos que los omiten. Tal como relata un enfermero que trabaja en un hospital en AMBA:

hay muchos médicos que todavía no, pasean por el shockroom sin barbijo, (...) y después viene el choque porque se meten en nuestro office y a nosotros nos molesta y nos fastidia mucho, hay mucho que todavía no entienden que esto es letal.

Asimismo, estos elementos son vistos como “barreras” para la relación con los pacientes e “incómodos” para el trabajo mismo:

trabajar con un barbijo puesto todo el día y cuando atendés sumarle las gafas... si bien lo hago y lo tengo que hacer, es bastante...no la paso bien, de hecho, siempre termino con dolor de cabeza después de atender (Residente médica, Centro de salud, AMBA).

Luego de este momento inicial, se fueron implementando distintos protocolos y lineamientos que se iban generando desde el Ministerio de Salud de la Nación (29). Es así que se establecieron turnos rotativos de trabajo, los equipos se dividieron a fin de reducir los contactos. Asimismo, se establecieron cambios en la organización del espacio, diferenciándose los llamados “sectores sucios” y “limpios”, en palabras de los/as trabajadores/as, para distinguir donde circulan personas con síntomas o diagnóstico de COVID positivo, de aquellos donde no debería haber riesgo de contagio y, por lo tanto, “limpios”. Tal como señala una residente en medicina general: “Se definió cuál iba a ser el área limpia, cual el área sucia, el circuito que teníamos que hacer todos los empleados al llegar al centro de salud” (Centro de salud, AMBA). Estos cambios del espacio buscan cumplir o adaptarse a las normativas y protocolos, nacionales y provinciales. Todo ello no ocurre libre de conflicto, por el contrario, muchas veces aparece la dificultad de contar con los espacios necesarios para establecer esa disposición, o con el personal que requiere esas divisiones o la ausencia en cantidad y/o calidad de EPP necesarios para cumplir lo establecido nor-

mativamente. Un médico de terapia intensiva relata: "...hoy se nota en el Hospital (...) no existe diferencia entre el sector limpio y el sector sucio, el sector sucio es al que le llaman COVID, si entra un COVID nos contagia a todos" (Hospital, AMBA).

En todos los casos se busca desarrollar estrategias que permitan de alguna manera, aunque sea de forma parcial o precaria, cumplir con las normativas y protocolos nacionales y provinciales. También hay diferencias al interior de los equipos:

que no se cumplan los protocolos, genera un malestar inigualable en los trabajadores y mucho desgaste, el tener que luchar contra la institución o contra ciertas personas que a pesar de que el protocolo dice una cosa hacen cualquier cosa (Trabajadora Social, Hospital, AMBA).

Cuando la infraestructura edilicia lo permitió, se conformaron nuevos espacios de atención y nuevos roles, como el *triage* realizado a la entrada del establecimiento, en una estructura improvisada o la reconfiguración de espacios para que el trabajador/a se cambie o higienice.

Cuando no hay consenso, algunos diseñan e implementan medidas de cuidado hacia el interior de su subgrupo de trabajo. Por ejemplo, en un hospital de AMBA una médica relata que: "...muy localmente, un grupo de compañeros trabajó en las recomendaciones locales del hospital para el manejo de las pacientes"; una enfermera agrega: "Tuvimos que actualizarnos en el uso de elementos de protección personal, estar más atentos en cuanto a la atención de los pacientes". Esta forma de organizarse para el trabajo es valorada positivamente por los/as trabajadores/as; desarrollar prácticas de cuidado y reorganizar el espacio implica el cuidado de sí mismos/as, de los otros/as compañeros/as de trabajo y de los/as usuarios/as del sistema público de salud.

Aquellos/as trabajadores/as de la salud pública que habían visto interrumpido su trabajo cotidiano (trabajadoras sociales, psicólogas, psicopedagogas y odontólogas) van retomando sus actividades por vía telefónica: acordando asistir al hospital o centro de salud para usar el intercomunicador del Same o el teléfono del lugar (si se contaba con este recurso) o habilitando el propio teléfono para el trabajo. Una psicopedagoga que trabaja en un centro de salud en el AMBA señala:

...teníamos dos consultorios y una oficinita y en un momento nos vimos en una oficina alrededor de 10 personas, con lo cual el gobierno nacional tenía un discurso y un protocolo, que en la práctica no lo podíamos llevar adelante. Nos decían que teníamos que atender telefónicamente pero no tenemos teléfono.

En este contexto, se hacen evidentes problemáticas pre-existentes, como la escasez de teléfonos, computadoras y acceso a internet, en suma, recursos necesarios para garantizar una adecuada atención y mínimas condiciones de trabajo. Esta situación, lejos de quedar en la imposibilidad movilizó a los/as trabajadores/as para desarrollar iniciativas de trabajo que implican otras vías de comunicación: *Facebook*, *WhatsApp* y la habilitación de celulares personales para la atención de consultas. Con respecto a esto, una médica relató: ...y decidimos usar la herramienta de la entrevista domiciliaria, visita domiciliaria, y un número de WhatsApp a donde la gente, las personas, los pobladores, recurrían a través de un mensaje de WhatsApp solicitando nuestra intervención (Centro de salud, Córdoba).

Se observa una ampliación en las estrategias de atención en territorio, con visitas domiciliarias a fin de garantizar, a quienes lo necesitan, el control de enfermedades crónicas, el acceso a medicación psiquiátrica o la atención a la salud sexual y reproductiva:

Y así comenzamos a hacer controles de embarazo a domicilio desde hace un mes y medio, desde el 20 de marzo, vacunas a domicilio, llevar métodos anticonceptivos a domicilio, tratamientos de patologías crónicas no transmisibles, la diabetes, hipertensión... (Centro

de salud, Córdoba).

Estas actividades también generan dilemas respecto de la necesidad de “poner el cuerpo”, lo que significaba la “gratitud de la gente” aunque también el “miedo” de ellas al exponerse, no sólo al contagio, sino también a situaciones de violencia o inseguridad. Según el relato de una médica en el trabajo territorial:

...la gente empezó a pedirnos que interviniéramos, que interviniéramos con la persona mayor sola, con la víctima de violencia, en 7 años nunca nos habían llegado esas demandas, y fue necesario que nos volviéramos a atrincherar, que nos volviéramos al centro de salud y que hiciéramos durante toda una tarde un taller de corporalidad para ver qué le pasaba a nuestros cuerpos cuando sentíamos todos esos dolores que desconocíamos que existieran (Centro de salud, Córdoba).

Ante estas nuevas experiencias priorizaron revisar qué les pasaba a las propias trabajadoras, señalando que la mayoría de las necesidades de los/as usuarios/as son urgentes y los equipos no siempre alcanzan a contener esas demandas. Estas experiencias, si bien aparecen en los relatos de otras trabajadoras de los centros de salud del conurbano, no ocurren entre varones y tampoco entre los/as trabajadores/as de hospitales.

Otro tipo de espacio vinculado a un trabajo en los territorios son los comités de crisis en los cuales se agruparon distintas instituciones de un barrio o localidad para hacer frente a las demandas y necesidades. Los mismos (si bien son escasos) han sido valorados como “una forma de acompañar al barrio” y, también como “un lugar de participación” para los/as trabajadores/as.

En cuanto al trabajo desde el propio hogar, aparece en el relato de una psicopedagoga del conurbano bonaerense:

Intente poner días y horarios en los que podíamos mantener un ida y vuelta fluido, pero esto no duró demasiado y las demandas llegan en cualquier momento recibiendo a toda hora diversas consultas, familias, niños, profesionales, equipos etc., online las 24 hs de los siete días de la semana.

El trabajo fuera de la institución significó una ampliación de las horas laborales con horarios y días de trabajo aleatorios, generando superposiciones con aquellas actividades y tareas domésticas. Esto se observó, principalmente, en las mujeres quienes expresaron una doble exigencia de sostener el propio hogar, la familia y el trabajo. Por otro lado, el trabajo desde el hogar, también significó para los/as trabajadores/as un obstáculo en comparación con la atención presencial ya que “te perdés el vivo, el juego real, espontáneo”, en este sentido, es un “parche” pero no una alternativa a la atención personal, cara a cara.

En esta instancia, los/as trabajadores/as coinciden en el valor que adquiere el trabajo en equipo, para sostener y sostenerse en esta situación que describen como “de incertidumbre” y que genera “ansiedad” y “temor”. También señalan la necesidad de recibir información, capacitaciones y entrenamiento para las nuevas tareas que se encuentran desarrollando.

El tercer momento propuesto permitió identificar como punto crítico, la reducción de personal, cuando el número de muertes y casos de enfermedad comienzan a multiplicarse entre los/as trabajadores/as de la salud. Hemos tenido algunos contactos breves con algunos/as de nuestros informantes y de manera acotada remiten al “agotamiento”, “cansancio”, “angustia” y “ansiedad” ante un futuro plagado de incertidumbres, señalan: “no somos superhéroes, somos personas”, “nos dimos cuenta que podemos morirnos”. En alguna medida, estas circunstancias del todo extraordinarias han conducido a una desnaturalización del propio trabajo como trabajadores/as de la salud, así como también sobre su ser en relación a cómo aparecen representados.

Conclusiones

A partir del análisis de los relatos de los/as trabajadores/as podemos señalar que la pandemia afectó la cotidianidad en los servicios de salud, provocando tensiones y rupturas con las formas de organización y atención previas. Es en este sentido que podemos hablar de la pandemia como *evento disruptivo*. Nuestro trabajo, aunque de manera fragmentaria y parcial, busca dar cuenta del *espacio intermedio* (15) acontecido en los servicios de salud pública en la Argentina, es decir, la atención durante la crisis. Esto nos permitió observar distintas tensiones respecto a los modos de atención que, tal vez ya se venían dando, aunque en este contexto de pandemia, se potenciaron o visibilizan con mayor claridad. En palabras de Reguillo, el acontecimiento disruptivo genera "...la aceleración y el acrecentamiento del conflicto al alterar las reglas del juego"^b(15). Esto tiene que ver con la forma en que los/as trabajadores/as ven transformado el vínculo con su trabajo cotidiano y, en este caso, en relación a la organización de los espacios de trabajo y a los modos de atención. Aparecen expresados sentimientos de "pánico", "amenaza", "riesgo" o "incertidumbre" que gradualmente fueron cediendo conforme se dispusiera de información, protocolos y EPP. Además, en algunos casos se ha identificado la pandemia como una "oportunidad" para establecer nuevas formas de organizar la atención. Si en algo coincidieron los/as trabajadores/as, es en la percepción de completa transformación de la cotidianidad de su trabajo, coordinadas fundamentales que organizan el mundo, como el espacio-tiempo se vieron trastocados, tal como lo hemos descrito, y con ello se despliegan nuevas formas de trabajo, roles y rutinas.

A partir del análisis podemos identificar ciertas tensiones a considerar en la transición de la pandemia a la post-pandemia. Destacamos:

- La diversificación de los espacios de atención a la salud, que pone en cuestión aquel espacio formal del hospital o centro de salud como institución de referencia. Ante el desarrollo de abordajes que van desde el territorio hasta el propio hogar de los/as trabajadores/as. Esto hace necesario repensar los tiempos de trabajo/ocio, conforme existían horarios de trabajo asistencial.
- La reorganización del trabajo y de las tareas al interior de los equipos de salud, sus integrantes muestran gran capacidad de adaptarse y adecuarse a nuevas realidades, si bien los interrogantes que emergen son: durante cuánto tiempo o hasta cuándo pueden sostenerse estas alternativas de trabajo.
- Las condiciones de trabajo, la infraestructura y los insumos disponibles, que en este contexto se tornan centrales para los/as trabajadores/as: disponer de barbijos y batas o de ciertos espacios acondicionados, son aspectos ineludibles para sentirse protegidos y garantizar el cuidado de los/as otros/as.
- La incorporación de nuevas tecnologías, plataformas y redes sociales (*WhatsApp, Facebook*, entre otras) como forma de sostenimiento del vínculo y acercamiento a sus usuarios/as en este contexto y en la transición hacia una nueva normalidad; problematizando las formas de comunicación convencionales entre el sector salud y las/os usuarias/os; promoviendo alternativas complementarias.

Las dimensiones identificadas en los relatos de los/as trabajadores/as de los servicios públicos de salud muestran que la pandemia propicia la discusión, el cuestionamiento y la reflexión en torno al propio trabajo, las condiciones de trabajo, las rutinas y el cuidado de sí y de los/as otros/as. En particular, estas tensiones se convierten en un insumo para el trabajo cotidiano y la organización de la atención. Potencialmente invitan a especular sobre la posibilidad que se establezca un nuevo orden en los espacios y en los modos de atención a la salud-enfermedad. Una dimensión adicional es aquella que conduce a la reflexión de los propios trabajadores/as sobre la forma en que aparecen representados/as: como superhéroes, ante lo cual plantean su carácter humano de su ser mortales. Estas expresiones, que los colocan de nuestro lado, nos invitan a ponernos en su lugar.

Así como es posible que todo se transforme para que nada cambie, también está la posibilidad de una transformación y cambios que puedan sostenerse en el tiempo. El hecho que los procesos de trabajo rutinizados hayan sido problematizados y que lo conocido se vuelva incierto, que los/as trabajadores/as manifiesten distancia respecto del lugar que le otorga la sociedad, involucra la puesta en juego de nuevas moralidades y normas sociales que podrían gestar organizaciones novedosas en las instituciones de salud, configurando de esta forma una atención y cuidado más atenta a las necesidades que emergen en estos contextos particulares, cuidando el carácter humano de sus trabajadores/as. La consideración y abordaje de estas cuestiones resultan centrales para transitar hacia el establecimiento de una nueva realidad en el ámbito de la salud. En este sentido creemos fundamental como política de estado acompañar estos procesos de discusión y trabajo en los territorios.

Agradecimientos

A las y los trabajadores que desde diferentes puntos del país confiaron en nosotras, compartiendo su experiencia de trabajo en este contexto. Sabemos que nuestro análisis sólo refleja una parte del enorme desafío que seguiremos acompañando.

Al CONICET y al Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, instituciones que nos respaldan en el desarrollo de nuestro trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Spinelli H, Trotta A, Guevel C, Santoro A, García S, Negrin G, Morales Y. Los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina 2010-2012. Buenos Aires: OPS/OMS; 2012.
2. Aspiazú E. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. Trabajo y sociedad. 2017; (28):11-35.
3. Molina CA, Roslan-Angeloni YN, Correa AG, Varela VE. Condiciones laborales de trabajadores sociales en hospitales públicos en la provincia de Mendoza, Argentina. La trastienda de investigación. PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social. 2020; (1):197-219.
4. Bordalejo MP, Napoli ML, Artigas MV. Condiciones de trabajo en el sector de la salud en Argentina: Los riesgos asociados a las reformas. En: XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. 2019.
5. República Argentina, Poder Ejecutivo de la Nación. Decreto 7/2019. 10 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/223623/20191211>
6. República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Decreto 260/2020. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335423/norma.htm>
7. República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Decreto 297/2020. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335741/norma.htm>
8. Crivos M. Estudio antropológico en una sala de hospital. Medicina y Sociedad. 1988; 11(5/6):127-137.
9. Ferrero L. Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. Cuadernos de Antropología Social. 2003; 18:165-183.
10. Visacovsky S. Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino. Antípoda. 2008; 6:91-112.

11. Auyero J. Patients of the State: The politics of waiting in Argentina. Londres: Duke University Press; 2012.
12. García MG, Recoder ML, Margulies S. Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud colectiva*. 2017; 13:391-409.
13. Kleinman A, van der Geest S. 'Care' in health care. Remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie*. 2009; 21 (1): 159-168.
14. Ayres JRCM. El cuidado. Los modos de ser (del) humano y las prácticas de salud. En: Paiva V, Ayres JRCM, Capriati A, Amuchástegui A, Pecheny M. (Ed.). *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Temperley: TesseoPress; 2018. 111-140.
15. Reguillo RR. La construcción simbólica de la ciudad: sociedad, desastre y comunicación. México: Ed. Iteso; 2005.
16. Baidou A. El ser y el acontecimiento. Buenos Aires: Manantial; 2003.
17. Das V. *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. Oxford University Press: Nueva Delhi; 1995.
18. República Argentina. Ley 27548 Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/338400/norma.htm>
19. FESPROSA. 2020 Equipos de salud diezados: los infectados superan los 15.000 y otros tantos están aislados. Agosto 2020. <https://fesprosa.org.ar/portal/equipos-de-salud-diezados/>
20. FESPROSA. 2021 Salud: Hay 80.000 trabajadores infectados y 500 fallecidos. Boletín Abril 2021. Disponible en: <https://fesprosa.org.ar/portal/salud-hay-80-000-trabajadores-infectados-y-500-fallecidos/>
21. Hine C. *Virtual Ethnography*. Barcelona: UOC; 2004.
22. Vázquez Atochero A. *Ciberantropología : cultura 2.0*. Barcelona: UOC; 2012.
23. O'Hara KP et al. Everyday dwelling with WhatsApp. En *Proceedings of the 17th ACM conference on Computer supported cooperative work & social computing*. 2014. p. 1131-1143.
24. Staudacher S, Kaiser-Grolimund A. WhatsApp in Ethnographic Research: Methodological Reflections on New Edges of the Field. In: *Mobilities – In and Out of Africa*. Chappatte, A., A. Kaiser-Grolimund and S. Staudacher comp. Institute of Social Anthropology. University of Basel. 2016: 29-44.
25. Gomes R. Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa. En: Souza Minayo MC (organizadora). *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. 2ª ed. revisada y ampliada. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 85-114.
26. República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1480/2011. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/187206/norma.htm>
27. Aspiazu EL. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Pilquen. Sección Ciencias Sociales*. 2016; 19(1):55-66.
28. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género. En: *El Sector Salud: Feminización Y Brechas Laborales*. Buenos Aires: PNUD; 2018. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/PNUDArgent-APORTES9-InfomededeGenero.pdf>
29. República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para equipos de salud. 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud>

DERECHO A LA ALIMENTACIÓN Y AGRICULTURA FAMILIAR: ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LOS MARCOS REGULATORIOS DE LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR DE BRASIL, CHILE Y LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, ARGENTINA.

RIGHT TO FOOD AND FAMILY AGRICULTURE: ANALYSIS OF THE DISCOURSE OF THE REGULATORY FRAMEWORKS OF SCHOOL FEEDING PROGRAMS IN BRAZIL, CHILE AND CORDOBA, ARGENTINE.

AGRICULTURA FAMILIAR E DIREITO À ALIMENTAÇÃO: ANÁLISE DO DISCURSO DOS QUADROS REGULATÓRIOS DOS PROGRAMAS ALIMENTARES ESCOLARES NO BRASIL, CHILE E NA PROVÍNCIA DE CÓRDOBA, ARGENTINA.

Resumen

Objetivo: Analizar los programas de alimentación escolar (PAE) de Brasil, Chile y la provincia de Córdoba, considerando su perspectiva de derecho a la alimentación (DA) y su vinculación con la agricultura familiar (AF). **Métodos:** Análisis documental basado en análisis crítico de fragmentos de discurso propuesto por Jäger de los marcos normativos de los PAE Brasil, Chile, Córdoba y

Nadia Alexandra Balmaceda¹,
Graciela Fabiana Scruzzi²

¹Facultad de Ciencias de la Salud, UCC, Córdoba, Argentina.

²Escuela de Nutrición, FCM, UNC y Facultad de Ciencias de la Salud, UCC, Córdoba, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3187-5112>
Contacto: graciela.scruzzi@unc.edu.ar

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34207>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 28 de julio de 2021.
Aprobado: 20 de setiembre de 2021.

una triangulación de investigadores. **Resultados:** Sólo el PAE de Brasil incorpora de manera clara y explícita la AF y el DA. El PAE de Chile al igual que el de la provincia de Córdoba no las mencionan de manera explícita a la AF ni el DA. **Conclusiones:** Los PAE analizados muestran una coherencia con los marcos regulatorios directos e indirectos. Es necesario para generar un PAE nacional en nuestro país marcos legales fuertes que integren el DA y puedan articularse con la AF como proveedores.

Palabras claves: alimentación escolar; políticas públicas; derecho a la alimentación.

Abstract

Objective: to analyze the school feeding programs (PAE) of Brazil, Chile and the province of Córdoba, considering their perspective of the right to food (DA) and its link with family farming (AF). **Methods:** Documentary analysis based on analysis critic of fragments of discourse proposed by Jäger of the normative frameworks of the PAE Brazil, Chile, Córdoba. **Results:** Only the PAE of Brazil clearly and explicitly incorporates PA and DA. Chile's PAE does not explicitly mention them. The PAE of Córdoba does not integrate the AF and but the DA. **Conclusions:** The SAPs analyzed show consistency with direct and indirect regulatory frameworks. It is necessary to generate a national PAE in our country strong legal frameworks that integrate the DA and can be articulated with the AF as providers.

Key words: school feeding; public politics; right to food.

Resumo

Objetivo: Analisar os programas de alimentação escolar (PAE) do Brasil, Chile e da província de Córdoba, considerando sua perspectiva do direito à alimentação (DA) e sua vinculação com a agricultura familiar (AF) **Metodologia:** Análise documental baseada na análise crítica dos fragmentos do discurso proposto por Jäger dos marcos normativos do PAE Brasil, Chile, Córdoba. **Resultados:** Apenas o PAE do Brasil incorpora clara e explicitamente o PA e o DA. O PAE do Chile não os menciona explicitamente. O PAE de Córdoba não integra o AF e sim o DA. **Conclusões:** Os SAPs analisados apresentam consistência com os marcos regulatórios diretos e indiretos. É necessário gerar um PAE nacional em nosso país, marcos legais fortes que integrem o DA e possam se articular com o FA como provedores.

Palavras-chave: alimentação escolar; políticas públicas; direito à alimentação.

Introducción

La alimentación escolar está definida como el suministro de alimentos a los escolares, por lo tanto, hay tantos tipos de programas como de países. Según el Banco Mundial los PAE son la red de protección social más prevalente a nivel mundial. Actualmente, casi todos los países de la región implementan un PAE, y alrededor de 85 millones de niños y niñas reciben un desayuno, una merienda o un almuerzo en la escuela, con una inversión anual de aproximadamente 4.300 millones de dólares, provenientes principalmente de presupuestos nacionales (1).

Los PAE son un tipo de Política Pública por lo que estas dan cuenta de lo que los gobiernos hacen o pueden hacer, los objetivos que persiguen o desean alcanzar y los recursos que movilizan para ello, quienes, y por qué las respaldan, los intereses económicos, sociales y políticos que afectan (favorable o desfavorablemente), los conflictos de intereses que emergen, así como los efectos que estas pretenden producir o producen sobre el contexto en el que intervienen (2). Así en concordancia con diversos autores consideramos que las

políticas públicas y por lo tanto los PAE carecerán de neutralidad ideológica, sino que por el contrario serán representativas del carácter del gobierno que las reglamente (3-5).

En la presente investigación los dos aspectos centrales sobre los que se analizarán los programas serán la vinculación con la Agricultura Familiar (AF) y el Derecho a la Alimentación (DA). Ambos conceptos tienen miradas diferentes en los territorios estudiados, por los que se hará un breve resumen sobre este aspecto.

En relación a la AF existe un gran interés por caracterizarla, debido a sus vínculos positivos con la seguridad y soberanía alimentaria, la producción de alimentos tradicionales, la generación de empleo, la biodiversidad agrícola y al uso sostenible de los recursos naturales. De hecho, en el 2014 ha sido declarado por Naciones Unidas como el Año Internacional de la Agricultura Familiar, con el objetivo de posicionar al sector en el centro de las políticas agrícolas, ambientales y sociales en las agendas nacionales, identificando desafíos y oportunidades para promover un cambio hacia un desarrollo más equitativo y equilibrado (6).

Existe una diversidad de definiciones de AF, pero podemos considerar que sus orígenes parten de los conceptos elaborados por el economista ruso Alexander Chayanov (1912), quien considera que la economía campesina tiene un carácter familiar, remarcando que la organización de ella está determinada por “la composición de la familia del campesino, su coordinación, sus demandas de consumo, y el número de trabajadores con que cuenta” (7). Más tarde en los Estados Unidos se comienza a utilizar el concepto de agricultura familiar (Family Farming). En lo relativo al caso de América Latina, Maletta (8) señala que la definición más cercana a la de agricultura familiar proviene de un concepto creado a mediados del siglo XX, denominado “unidad económica familiar”, la cual se definió como “una finca de tamaño suficiente para proveer al sustento de una familia y que en su funcionamiento no requiriese de mano de obra asalariada, sino que pudiese ser atendida con la fuerza laboral de la propia familia”.

En Argentina el organismo encargado de la promoción de la AF es el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) que depende del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca y que tiene como objetivo contribuir al desarrollo sostenible del sector agropecuario, agroalimentario y agroindustrial a través de la investigación y la extensión, e impulsar la innovación y la transferencia de conocimiento para el crecimiento del país (9).

Según el INTA la AF es “un tipo de producción donde la unidad doméstica y la unidad productiva están físicamente integradas. La agricultura es un recurso significativo en la estrategia de vida de la familia, la cual aporta la fracción predominante de la fuerza de trabajo utilizada en la explotación y la producción se dirige tanto al autoconsumo como al mercado” (10). Según el Foro Nacional de la Agricultura Familiar es además una forma de vida, una cuestión cultural que tiene como principal objetivo la reproducción social de la familia en condiciones dignas, en lugar del lucro, de forma tal que pueda sostener valores culturales que conforman su identidad y modos de producción. Es garante de la soberanía y seguridad alimentaria, sobre todo por la producción variada de alimentos tanto para la misma familia, como para los mercados internos (en general mercados cercanos), aunque a veces también han llegado a exportarse productos de la agricultura familiar (11).

El análisis de la AF y su vinculación con los programas de alimentación escolar, se relaciona con conocer la capacidad y posibilidad que tiene la AF de ser proveedora de las compras públicas. Para ello tomamos el documento generado por la Comisión Nacional de Fomento Rural en el 2015 (12), quien expresa que en Argentina existen importantes experiencias en torno al tema, como lo son el Programa Verdura para Todos o el Programa Copa de Leche, pero no existe una ley de compras públicas a nivel nacional. La Ley de Reparación Histórica de la Agricultura Familiar para la construcción de una nueva ruralidad en Argentina (Ley 27.118), en su Art. 22, inc. 3, promueve la compra de bienes y servicios a la Agricultura Familiar, pero dicha Ley hasta el momento no ha sido efectiva para promover la compra por parte del Estado.

En Brasil, el organismo regulador de la AF es el Ministerio del Desarrollo Agrario, el cual fue creado en 1999 y tiene como objetivos la reforma agraria, el reordenamiento agrario, la regularización de la Amazonía, promoción del desarrollo sostenible de la agricultura familiar y de las regiones rurales y la identificación, reconocimiento, delimitación, demarcación y titulación de las tierras ocupadas por los remanentes de las comunidades de los quilombos (13).

Para entender mejor la AF en Brasil es menester conocer que los trabajadores de esta área han tenido logros históricos en materia de redistribución de la tierra y mejora de condiciones laborales. Ya la constitución de 1934 presentaba importantes avances en la materia, como la garantía de expropiación por necesidad o utilidad pública, mediante previa y justa indemnización; se reglamentó la labor agrícola; la organización de colonias agrícolas y la consagraba a la usucapión. Aspecto que también incorpora la Constitución Federal promulgada en 1988, luego de restituida la democracia. Los avances en este sentido estuvieron históricamente atravesados por los enfrentamientos entre el grupo de los trabajadores y pobladores rurales, poblaciones afrodescendientes, los sindicatos y ligas agrarias y los grandes grupos de poder que no veían con buenos ojos la redistribución de la tierra, aunque esta sea mediante la expropiación (14). Por lo que, ante oleadas de avances en relación al acceso de derechos y mejoras de vida de los campesinos, se generan tensiones que muchas veces terminan desarticulando los logros obtenidos, o desincentivando con la quita de fondos.

En Chile existe el Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP) que es un servicio dependiente del Ministerio de Agricultura, el cual tiene la responsabilidad principal dentro del gobierno de apoyar a la agricultura familiar. Este organismo hace un uso frecuente del término “Agricultura Familiar Campesina” en forma coloquial, aunque en los documentos formales debe revertir a los conceptos legales de “pequeño productor” y “campesino”. Estos conceptos conviven, aunque hacen referencia a posicionamientos políticos opuestos. El concepto de “campesino” es un término de reivindicación a este sector, asociado a las luchas sociales y políticas y por lo tanto a la reforma agraria que tuvo lugar entre 1964-1973. En cambio, el concepto de “pequeño productor” comienza a utilizarse durante la dictadura militar de 1973 y la Contra Reforma Agraria. Las autoridades del primer gobierno democrático (1990) formulan la misión del Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP) en términos consistentes con una acción de fomento productivo en un marco de política económica de mercado abierto a la competencia internacional y a la exportación. Esa orientación estratégica ha prevalecido sin mayores cambios hasta el día de hoy (15). En cuanto al Derecho a la Alimentación fue consagrado en el artículo 25 de la Declaración de Derechos Humanos en 1948 (16). Esta declaración es la más importante adoptada por las Naciones Unidas, en dicha Declaración se consagran una serie de derechos universales, inviolables e inalienables, intrínsecos a la naturaleza humana, y que deben de ser considerados superiores a cualquier otra legislación nacional o internacional (17). Este derecho también está inscripto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 11 (18).

En 1996 los países de la región latinoamericana y del Caribe suscribieron el Protocolo adicional a la convención americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador” que incluye el DA en su artículo 12 (19).

Respecto al derecho a la alimentación infantil, la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamó que los niños y niñas tienen derecho a cuidados y asistencia especial. Este derecho también ha sido reconocido en la Convención sobre los Derechos del Niño (20).

En Argentina, el estado a través de la Constitución Nacional promulgada en 1994, reconoce el DA de forma implícita, ya que en el Capítulo IV, Atribuciones del Congreso, en su artículo 75, inciso 22 declara “Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás

naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes” (21), y ha firmado todos los pactos y tratados antes mencionados.

En el caso de Brasil la constitución de 1988 expresa en su artículo 6 “son los derechos sociales a la educación, salud, alimentación, trabajo, vivienda, transporte, ocio, seguridad, seguridad social, protección de la maternidad y la infancia, asistencia a indigentes, en la forma de esta Constitución” (22). Por lo que es expresado de manera explícita este derecho.

Finalmente, en el caso de Chile, ha firmado y adherido a los tratados y pactos antes mencionados, pero se mantiene en contradicción al mantener aun una constitución aprobada durante la dictadura militar y tener en ella artículos como el 24, que consagra el carácter privado de las aguas.

Métodos

Se realizó un análisis de documentos desde la perspectiva cualitativa. Para ello se tomaron los marcos regulatorios de la Alimentación Escolar de Brasil, Chile y Córdoba (Argentina), y se trabajó desde el análisis crítico de fragmentos de discurso propuesto por Jäger (23), quien entiende a los textos como producto de la actuación social de los individuos dentro de un contexto socio-histórico (24,25). El autor basa su análisis en aspectos de la obra de Michel Foucault (26,27), reconociendo que los discursos analizados en su contexto histórico nos permiten apreciar el lugar que ocupa la humanidad en un tiempo determinado. En este esquema que propone Jäger, hay dos grandes aspectos a analizar, uno de ellos es el temático (nivel semántico) que abarca el análisis de contenido, es decir la determinación del tema, hallazgos de palabras claves, el descubrimiento de presuposiciones, la identificación de elementos intertextuales y el reconocimiento de estrategias de argumentación. El otro aspecto para analizar es el contextual (nivel pragmático), donde se observa el marco institucional y por lo tanto se realiza la identificación del lugar, fecha, emisión y público destinatario, la posición ideológica del autor, la localización de referencias a acontecimientos discursivos, el señalamiento de referencias a la situación política, económica y social, y finalmente la explicitación de la intención y búsqueda de efecto del texto. Las categorías de análisis emergieron a partir de examinar en los marcos regulatorios de los programas, la integración del derecho a la alimentación y de la agricultura familiar.

Los programas analizados fueron:

- Programa Nacional de Alimentación Escolar de Brasil: Ley 11.947, del 16 de Junio del 2009, promulgada por la Presidencia de la República y la Resolución N° 26 del 17 de Junio del 2013 del Ministerio de Educación, Consejo Deliberante del Fondo Nacional de Desarrollo Educativo.
- Programa de Alimentación Escolar de Chile: Ley 15.720, publicada el 1 de octubre de 1964, modificada el 10 de Agosto del 2004, con fuerza de Ley 27 y la Resolución 12.75, del 25 de junio del 2018, de la Junta Nacional de Auxilio y Becas.
- Programa de Asistencia Integral de Córdoba (PAICor). Decreto N° 124/84, debido a que Argentina no cuenta con un PAE a nivel nacional.

Para el análisis de fragmentos de discurso, se siguieron los pasos propuestos por Jäger:

1. Identificación del contexto institucional.
2. Temas tratados en el texto
3. Estrategias de argumentación utilizadas
4. Enunciados de contenido lógico
5. Interpretación del fragmento seleccionado

Al análisis de fragmentos del discurso se le sumó la triangulación de investigadores, que consiste en que la observación o análisis del fenómeno sea llevado a cabo por diferentes

personas. Para dar mayor fortaleza a los hallazgos suelen utilizarse personas provenientes de diferentes disciplinas, por lo cual, una vez que las investigadoras elaboraron memos con las categorías que emergieron; se realizó un intercambio de ideas con un Abogado y un Licenciado en Trabajo Social, especializado en políticas públicas, tras lo cual, se reelaboraron las categorías consensuadas y se afinaron las interpretaciones acerca de los datos.

Resultados

Programa de Asistencia Integral de Córdoba (PAICor)

Este Programa Social inició su implementación en enero de 1984 y fue proclamado como una medida transitoria diseñada para mitigar algunas de las que eran las graves consecuencias sociales dejadas por la dictadura militar, entre ellas el desfinanciamiento estatal, la inflación, crisis económica y el deterioro de los indicadores de salud y nutrición infantiles (28). El mismo tiene como acciones básicas (29): campaña nutricional continua, programada y sistemática, implementada a partir de una planificación de programas educativos de complementación alimentaria, desde la efectivización de encuestas nutricionales y de consumo de alimentos a nivel provincial; atención médica integral preventiva, asistencial y de rehabilitación; asistencia psicopedagógica en niños para la detección y corrección de anomalías en el aprendizaje; la atención a la ancianidad carenciada, a través de Casas de Abuelos, comedores, viandas domiciliarias y/o cualquier otra alternativa de ayuda económica.

En sus inicios, la planificación del menú, las compras de alimentos, elaboración, servido de la comida y la limpieza del establecimiento eran tareas realizadas en las escuelas que disponían de cocina propia y de personal contratado por el Estado para llevar adelante dichas tareas. Esto favorecía a la comunidad escolar ya que siempre había mercadería y se cocinaba para todos los niños que iban al comedor, no sólo para los/as anotados/as como “beneficiarios” (Las autoras adhieren a los procesos de expansión de ciudadanía que hacen una crítica al concepto de beneficiarios, como receptor pasivo y no como sujeto portador de derechos) (30). En la década del 90, el manejo del programa se modificó con la reducción del Estado y la descentralización de servicios básicos, tercerizando gran parte del servicio de alimentación en empresas de catering, que imprimieron la lógica del mercado en la ejecución del programa mediante el llamado servicio de “racionamiento en cocido a la boca” (30).

Del análisis del texto se observa que es expositivo, utiliza un léxico especializado de tipo jurídico, está redactado con un orden lógico y progresivo de los contenidos. En la redacción se encuentra expresado que: la satisfacción de las necesidades de la población de mayor vulnerabilidad está por encima de otras necesidades del Estado, entendiendo así a la asistencia nutricional, médica y pedagógica como prioritarias. También se puede observar que expresa de manera recurrente la situación de emergencia en la que se encuentran tanto las finanzas provinciales, como una gran parte de la población cordobesa. No se menciona en el cuerpo del documento el derecho a la alimentación, ni la agricultura familiar, pero es relevante la alimentación, ya que uno de sus componentes principales es la asistencia alimentaria.

Programa Nacional de Alimentación Escolar de Brasil

Es el programa de alimentación más antiguo del gobierno brasilero. En el área de la alimentación escolar y la seguridad alimentaria nutricional, es considerado uno de los mayores y más amplios del mundo por ser de cobertura universal para todos los estudiantes del sistema público, garantizando el derecho humano a una alimentación adecuada (28). El programa tiene sus orígenes en la década del 50 y en sus comienzos contó con la ayuda de organismos internacionales.

Actualmente, el objetivo del PNAE es contribuir al crecimiento y el desarrollo biopsicosocial, el aprendizaje y rendimiento escolar, y a la formación de hábitos saludables en los

alumnos, por medio de las acciones de educación alimentaria nutricional y la oferta de refrigerios que cubran sus necesidades nutricionales durante el periodo que permanecen en la escuela (31). Las directrices del mismo son

- La entrega de una alimentación saludable y adecuada, incluyendo el uso de alimentos variados y seguros que respetan la cultura, las tradiciones y los hábitos alimentarios saludables;
- La inclusión de la educación alimentaria nutricional en la enseñanza y aprendizaje;
- Universalidad del servicio a los estudiantes matriculados en el sistema escolar público del nivel básico;
- Participación de la comunidad en el control social, en el monitoreo de acciones llevadas a cabo por los Estados, el Distrito Federal y los municipios para asegurar la provisión de comidas escolares saludables y adecuadas;
- Apoyo al desarrollo sostenible, con incentivos para la adquisición de alimentos diversificados, producidos localmente y preferiblemente de la agricultura familiar y emprendedores familiares rurales, priorizando comunidades indígenas tradicionales y quilombos (comunidades afrodescendientes);
- El derecho a las comidas escolares.

Ambos textos analizados son expositivos, por ser una ley y una resolución ministerial utilizan un léxico especializado de tipo jurídico, redactado con un orden lógico y progresivo de los contenidos, la posición ideológica de los autores está claramente expresada en todo el cuerpo del documento, principalmente en sus objetivos y directrices, donde se asume al Estado como garante de derechos.

El DA y a la alimentación escolar son expresados de manera explícita en los marcos y son el pilar de acción sobre el que se sustenta el documento. Con respecto a la AF, está fuertemente vinculada al programa como proveedora preferencial de alimentos, considerando a ésta como un bastión fundamental para la alimentación saludable, el desarrollo local y sostenible. El documento incluye un apartado espacial para ellos, y en su artículo 14 menciona: “del total de los recursos financieros transferidos por el Fondo Nacional de Desarrollo Educativo, en el ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar, no menos del 30% (treinta por ciento) deberán ser para la adquisición de géneros alimenticios directamente de la agricultura familiar, los emprendedores familiares rurales o de sus organizaciones, priorizándose los asentamientos de la reforma agraria, las comunidades tradicionales indígenas y las comunidades quilombolas”.

Programa de Alimentación Escolar de Chile

El Programa de Alimentación Escolar fue creado en 1964 mediante la ley N° 15.720, quien también crea una corporación autónoma con personalidad jurídica y derecho público denominada Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que es el órgano encargado de su ejecución, junto con el Ministerio de Educación (MINEDUC) (32). Los alcances de la JUNAEB al igual que los de PAICor, excedían la alimentación, contando entre sus áreas de atención, además: el vestuario, útiles escolares, transporte, beca, préstamos para estudiantes universitarios, internados, hogares estudiantiles para la preservación y recuperación de la salud en colonias climáticas y de vacaciones; y otras medidas de tipo asistencial. En sus inicios, ya se planteaba como un programa focalizado, que sólo cubriría a los carenciados y sumado a ello que demuestren determinadas capacidades para continuar en los estudios. Actualmente el programa tiene un mecanismo muy elaborado de focalización para la asignación del beneficio. En la página oficial del JUNAEB (33) declara que el programa de alimentación busca mejorar la asistencia a clases y retener a los estudiantes en el sistema, asegurando que cuenten con los requisitos mínimos de nutrientes, de tal manera que puedan asimilar los contenidos educativos adecuadamente. Al igual que en el PAICor, el servicio de alimentación es brindado a través de la tercerización en empresas privadas.

Ambos textos analizados son expositivos, utilizan un léxico especializado de tipo jurídico,

redactado con un orden lógico y progresivo de los contenidos. Hay referencias explícitas a conocimientos previos y valores expresados en el documento, tales como:

- La JUNAEB tendrá a su cargo la aplicación de medidas coordinadas de asistencia social y económica a los escolares, conducentes a hacer efectiva la igualdad de oportunidades ante la educación.

Tales medidas tenderán a favorecer a todos los escolares de hasta 15 años de edad que las necesiten y a los de más de 15 años que, junto con necesitarlas, hayan revelado capacidad para continuar estudios (...)

- Una característica de este programa es la generación de juntas integrada por representantes y autoridades del municipio, padres, directores de instituciones educativas, como así también por a las máximas autoridades de Carabineros, por lo que podemos observar la relevancia que le dan a las fuerzas de seguridad.

- Las Juntas Provinciales podrán recibir directamente dinero, mercaderías y otras formas de ayuda para el logro de sus finalidades. De la aplicación de ellos, darán cuenta inmediata a la Junta Nacional.

Por lo que se asume que la ideología de los autores es meritocrática y gerencialista.

En ninguno de los documentos estudiados se menciona de manera explícita el derecho a la alimentación, pero está de manera implícita, al tener como uno de sus componentes la asistencia alimentaria. La AF no es mencionada de manera explícita ni implícita

Discusión

Dixis Figueroa Pedraza y Sonia Sousa de Andrade (34) mencionan que los PAE puede ser transformados una vez que se conciba la alimentación escolar como derecho y no más como propuesta para suplir carencias, considerando así que la principal diferencia entre los programas radica en si su visión parte de la perspectiva de derechos o como paliativo de las carencias de los sectores vulnerables. La perspectiva de derecho como rectora de los PAE es un pilar indispensable para el logro de la equidad, como lo demuestra el Programa de Brasil que tiene una gran claridad en su posición y explícita su responsabilidad como garante del DA, en contrapartida con lo que ocurre con los programas de Chile y Córdoba, quienes son sumamente focalizados y en ninguna parte del cuerpo de los documentos estudiados menciona de manera explícita el DA.

Concordando con lo mencionado en el documento elaborado por la FAO (35) se debe contar con leyes que garanticen la alimentación y la nutrición escolar, velando por que existan compromisos a largo plazo independientemente de los cambios políticos. La legislación puede asegurar que existan mecanismos institucionales de implementación, coordinación y rendición de cuentas para asegurar un enfoque integral. Este aspecto es sumamente necesario como se ha planteado en los resultados. Los objetivos y acciones de los PAE deben tener un sustento legal que lo regule y lo norme, que trascienda los gobiernos. Deben ser políticas de estado que no se modifiquen velozmente ante cambios de gestiones políticas. En el caso de Argentina a pesar de los cambios de color político partidario que ha tenido nuestro país a lo largo de su historia, ninguno de ellos ha logrado concretar un marco normativo a nivel nacional que regule los PAE. Esto genera que cada provincia o localidad defina los aspectos que considera importantes y las acciones que llevará a cabo en relación a las posibilidades de su presupuesto y gestión. El trabajo de Sergio Britos et al (36), considera que existen grandes variaciones en la cobertura de los servicios alimentarios en las diferentes jurisdicciones, a lo que se le suman importantes desafíos en materia de gestión a cargo de los gobiernos provinciales. En buena parte de las provincias, la inversión en los servicios de alimentación es insuficiente, la asignación no se basa en indicadores objetivos y la administración cotidiana suele recaer sobre los directivos de las escuelas.

Asimismo, el PAICor, mantiene acciones tendientes a una población con un perfil epidemiológico de desnutrición, expresado en el menú que se ofrece, alto en alimentos “lle-

nadores” (es decir que promueven la saciedad al ser hipercalóricos, pero son pobres en micronutrientes) a pesar de que los resultados de la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizado el 2018 muestren que, en los niños y adolescentes se ha registrado un aumento de sobrepeso y obesidad que alcanza el 41,1% (37). Por lo que se debe tener en cuenta que el marco normativo que se implemente debe considerar no solo la situación epidemiológica actual, analizada bajo fuertes bases científicas, sino también que se debe tener la flexibilidad y adaptabilidad a una realidad que cambia de manera constante.

Los resultados de la presente investigación, en el caso de Chile y Argentina son similares a los principales hallazgos del Informe sobre los marcos jurídicos en materia de alimentación escolar en cuatro países de Centroamérica (38).

El informe citado menciona que existe un reconocimiento constitucional (indirecto o explícito) del derecho a la alimentación, pero no existen leyes específicas que regulen la alimentación escolar. Los marcos jurídicos son fragmentados e incompletos ya que se identificaron vacíos legales en distintas áreas regulatorias. El Marco normativo del PAE de Brasil en cambio no presenta estos vacíos o contradicciones legales al incorporar tanto en su constitución como en la normativa particular del PAE, el derecho a la alimentación escolar.

En relación a la compra de los alimentos, al igual que los resultados en estos cuatro países de Centroamérica, los tres países analizados en el presente estudio se realizan siguiendo los procedimientos de compras establecidos en las leyes de adquisiciones públicas. Con la enorme diferencia de las leyes que rigen en cada país para la adquisición.

Tanto en Argentina como en Chile existen serias dificultades para integrar la AF en las compras para los PAE nacionales o provinciales. Desoyendo las recomendaciones de múltiples trabajos de investigación (39,40) que concluyen, que los PAE representan una intervención importante para la protección social, la garantía de la seguridad alimentaria y del progresivo cumplimiento del derecho a la alimentación adecuada y el desarrollo biopsicosocial y aprendizaje escolar. Por eso, han sido recomendados no solo como uno de los componentes clave dentro de la dotación de la respuesta a las crisis, sino más bien como inductor del desarrollo sostenible a largo plazo.

La complejidad de integrar efectivamente la AF a los PAE nacionales y provinciales es ampliamente abordada en múltiples documentos (41-43). En relación a todos ellos se desprende que los aspectos estructurales de la oferta, la demanda, aspectos institucionales y el marco legal son fundamentales. A partir de allí, se realizó un análisis tanto de las constituciones argentina y chilena y posibles leyes que puedan ser relevantes en la incorporación de la AF en las compras públicas, evidenciando que en ambos países los marcos normativos no acompañan esta posibilidad.

La AF como campo de acción de cientos de agricultores, pequeños productores, campesinos e indígenas no tiene prioridad en las licitaciones públicas para la venta de sus productos y por lo tanto están en franca desventaja con grandes productores a la hora de competir con los precios que estos imponen o los volúmenes de alimentos con los que se manejan. A diferencia de Argentina y Chile, en Brasil las compras públicas tienen como protagonistas preferenciales a la AF, las producciones de alimentos orgánicos y agroecológicos de campesinos y/o de afrodescendientes.

Para poner en discusión lo elaborado acerca del marco contextual, principalmente el análisis de la posición ideológica del autor, el señalamiento de referencias acerca de la situación política, económica y social y la explicitación de la búsqueda de efecto, se tomará como disparador lo postulado por Silva (44) en relación a las políticas de alimentación y nutrición. Según la autora éstas se encuentran dentro del marco de las políticas sociales y pueden clasificarse en tres tipos:

- El Modelo Residual: que orienta su intervención al objetivo de suplir, por un tiempo limitado, necesidades insatisfechas servidas por canales “naturales” o “tradicionales” (como la red de parentesco o el mercado, etc.). La intervención debe cesar tan pronto como se

resuelva la situación de emergencia. Hoy este modelo también podría llamarse residual selectivo, ya que se dirige a grupos específicos de personas.

- El Modelo Meritocrático Particularista: fundamentalmente se basa en la premisa de que “cada uno debe estar apto para resolver sus propias necesidades”, basado en su propio trabajo. Su intervención es complementaria a las instituciones económicas. Es particularista en que puede cubrir a muchos, pero no a todos los ciudadanos.

- El Modelo Institucional Redistributivo: busca modificar la producción y distribución de bienes y servicios sociales desde una lógica mercantil para garantizar el acceso de todos los ciudadanos. Hay una cobertura universal que se rige según los mínimos históricamente construidos. Supone la incapacidad del mercado para eliminar la inseguridad y pobreza actual o futura.

De este modo, el marco normativo del PAE de Córdoba nos permite ubicarlo dentro del modelo residual. En concordancia con lo mencionado por Sordini (45), en nuestro país los diseños de las políticas alimentarias han sido soluciones de emergencia, pero de emergencia perpetua, lo cual indica que no han estimulado la equidad, ni han reducido la pobreza como prometían.

Las políticas están diseñadas desde la crisis y no se han construido acciones que puedan trascenderlas. El avance en el tiempo del PAICor muestra que se ha empobrecido en su alcance y miradas, alejándose de una perspectiva redistributiva, para centrarse en actividades paliativas al hambre y la miseria. La conformación de este programa bajo la situación de crisis y emergencia económica, política y social no ha permitido plantear acciones futuras que tiendan a la redistribución y por lo tanto la erradicación del hambre de manera profunda. No se han generado políticas alimentarias y, menos aún, de alimentación escolar que logren incorporar aspectos sumamente importantes como la participación ciudadana para ser no solo beneficiarios pasivos, sino también decisores de sus propias acciones y circunstancias, considerando así el hambre como punto de origen y de llegada de las políticas alimentarias (46).

El PAE de Chile tiene características que permiten definirlo como un modelo meritocrático particularista. Este aspecto es fácilmente identificable al analizar los beneficiarios del programa; donde la alimentación no es percibida como un derecho humano, sino como un privilegio a alcanzar, solo para aquellos dotados de ciertas características sobresalientes y valoradas socialmente, como el arte o el deporte. Esta perspectiva va de la mano de la visión de Estado como ente que debe tapar los baches del mercado, no como organismo regulador del mismo.

Este posicionamiento es claro también en lo expresado en la sección de recursos administrativos en su artículo 17. “Las Juntas Provinciales podrán recibir directamente dinero, mercaderías y otras formas de ayuda para el logro de sus finalidades. De la aplicación de ellos, darán cuenta inmediata a la Junta Nacional”. La existencia de este artículo y el no acompañamiento de éste, con alguna modalidad de control, que delimite qué tipo de mercaderías serán aceptadas, como serán las condiciones de entrega y aceptación de dinero de parte de particulares o empresas, expresan de manera implícita que la caridad será un pilar del programa, así mismo las donaciones de mercaderías sin un artículo o decreto que las regule puede entrar en franca contradicción si lo que se busca es la mejora nutricional de los niños.

Finalmente, podemos ubicar al PNAE de Brasil dentro del modelo institucional redistributivo; acordando con lo expresado por Francine Sorbal y Miranda Costa (47), ya que la postura ideológica de los autores del programa está claramente presentada mediante la enumeración de las directrices del programa, el rol del Estado es de garante de derechos, adquiriendo de este modo un rol central en el bienestar de la sociedad. Los diversos gobiernos municipales, estatales y nacionales son los encargados de la gestión, control y de que se alcancen los objetivos del programa. De este modo se asume de manera implícita que el mercado es incapaz de eliminar de manera actual o futura, la inseguridad alimenta-

ria, y se restringe su posible incumbencia al mismo. Esto se puede observar en el artículo de prohibición de la compra de bebidas de bajo valor nutricional, restringiendo de este modo la compra a grandes empresas alimentarias que elaboran productos ultraprocesados (formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas).

La preferencia de compra a la AF es otra acción que va de la mano de los anteriores postulados, que nos permiten afirmar que se posiciona desde los derechos de los niños y adolescentes, el derecho a una alimentación adecuada.

Conclusiones

Uno de los aportes del trabajo, es visibilizar la coherencia que poseen las políticas de alimentación escolar en relación a los marcos regulatorios directos como los decretos, leyes o resoluciones que le dan origen, así como el marco normativo dado por las constituciones nacionales, que actúan como un ancla ideológica sobre la que se posicionan los programas. Así, encontramos grandes diferencias entre los programas analizados, encontrando que el PAE de Brasil se asienta sobre el DA e integra de manera clara y preferencial a la AF. En el caso del PAE de Chile y de la provincia de Córdoba, el DA no está expresado de manera explícita, pero sí de manera implícita al tener como uno de sus componentes la asistencia alimentaria; y en relación a la AF ninguno de ellos la vinculan como proveedor de alimentos. Argentina no cuenta con un PAE a nivel nacional y para ello es necesario generar marcos legales fuertes que integren el DA y puedan articularse con la AF como proveedores.

Referencias bibliográficas

1. Orgera A. Fortaleciendo los programas de alimentación escolar. El trabajo conjunto de FAO y WFP en América Latina y el Caribe. 2019
2. Jaime FM, Dufour G, Alessandro M, Amaya Paula. Introducción al análisis de políticas públicas. Universidad Nacional Arturo Jaureche. 2013.
3. Castro Sánchez AE y Evangelista Martínez E. Investigación en Políticas Sociales. Revista Trabajo Social (ENTS-UNAM). 1998; 21.
4. Grassi E. Política y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame, Buenos Aires: Espacio, 2003.
5. Olavarría Gambi, M. Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas. Departamento de Gobierno y Gestión Pública del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. 2007.
6. Salcedo S, Guzmán L. Agricultura Familiar en América Latina y el Caribe: Recomendaciones de Política. FAO. 2014.
7. Wolf ER. Los campesinos. 3º ed. Editorial Labor, SA, Barcelona. 151 p. 1982.
8. Maletta H. Tendencias y perspectivas de la agricultura familiar en América Latina. Rimisp—Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural. 2011.
9. Ministerio de Agroindustria. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria. 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inta-presentacion.pdf>.
10. Ramilo D, Prividela G. La agricultura Familiar en la Argentina. Diferentes abordajes para su estudio. Estudios Socioeconómicos de los sistemas Agroalimentarios y Agroindustriales N°20. Ediciones INTA. 2013.
11. Foro Nacional de la Agricultura Familiar. Nota de Presentación y Documento elaborado por las organizaciones representativas del sector agropecuario familiar. https://magyp.gob.ar/sitio/areas/prodear/biblioteca/_archivos//000002-Foro Nacional de la Agricultura Familiar/000001-Documento de Mendoza - Foro Nacional de la Agricultura Familiar.pdf. 2006.
12. Comisión Nacional de Fomento Rural. La Agricultura Familiar como proveedora de las Compras Públicas de productos agrícolas y alimentos. 2015.
13. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e

- Investimentos Estratégicos – SPI. Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2004-2007: exercício 2008.
14. Hermi Zaar M. Las políticas públicas brasileñas y la agricultura familiar: quince años del Programa Nacional de Fortalecimiento da Agricultura Familiar (PRONAF). *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 2011; 15(351).
 15. Berdagué JA, Rojas Pizarro F. La Agricultura Familiar en Chile. Serie Documento de Trabajo N° 152, Grupo de Trabajo Desarrollo con Cohesión Territorial, programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. Rimisp Santiago Chile. 2014. Disponible en: https://www.indap.gob.cl/docs/default-source/descargas-agricultura-familiarcampesinarimisp_2014_griculturafamiliarenchile.pdf?sfvrsn=2
 16. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. 2015.
 17. Loma Ossorio E. El Derecho a la Alimentación. Definición, avances y retos. Centro de Investigación para la Paz (CIP-Ecosocial) – Boletín ECOS n° 4. 2008.
 18. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI). 16 de diciembre de 1966.
 19. Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador, en el décimo octavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General. 1988.
 20. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York, Estados Unidos. Noviembre de 1989.
 21. Constitución Nacional de la República Argentina. Artículo 75, inciso 22. 1994.
 22. Constitución de la República Federativa del Brasil. Artículo 6. 1988, con Enmienda Constitucional N°64 del año 2010.
 23. Teun A. van Dijk. Análisis crítico del Discurso. En: *Anthropos* (Barcelona), 186, septiembre-octubre 1999, pp. 23-36. Disponible en: www.discursos.org/oldarticles/El%20an%20lisis%20cr%EDtico%20del%20discurso.pdf
 24. Scruzzi G. Programas de salud y prácticas de cuidado nutricional infantil, una mirada desde los actores y las instituciones de salud. Tesis de Maestría en Salud Pública, UNC. 2016. Disponible en <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Scruzzi-graciela-fabiana-2016.pdf>
 25. Botero P. Representaciones y ciencias sociales una perspectiva epistemológica y metodológica. Espacio Editorial, Buenos Aires. Argentina. 2008.
 26. Mora M. La teoría de las representaciones Sociales de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara. Athenea digital. México 2002. Disponible en: http://www.academia.edu/214897/La_Teoria_de_las_Representaciones_Sociales_de_Serge_Moscovici.
 27. Hennecke A. El discurso como flujo de conocimientos a través del tiempo: reflexiones sobre la relación entre discurso y realidad. Córdoba. Argentina. Comunicarte, 2004
 28. Dávila PE. Treinta años del PAICOR, un civilizado festejo de la emergencia. *Alfil, el diario para leer*. 6 de marzo del 2020. Disponible en: <http://www.diarioalfil.com.ar/2014/03/31/treinta-anos-del-paicor-un-civilizado-festejo-de-la-emergencia/>.
 29. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba. Decreto 124/84. 19 de enero de 1984.
 30. Ibáñez I, Huergo J. Discursos mediáticos acerca de la política alimentaria para los niños y niñas de sectores subalternos cordobeses. *Revista Question*, Universidad Nacional de La Plata. 2016; 49(1):271-286.
 31. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educacao. Cartilha Nacional da Alimentação Escolar. Brasil. 2015.
 32. Diario Oficial de la República de Chile. Ley N° 15.720.. 1 de Octubre del 1964. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28281>

33. Junaeb, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Ministerio de Educación. Disponible en: <https://www.junaeb.cl/programa-de-alimentacion-escolar>.
34. Figueroa Pedraza D, Andrade SL. La alimentación escolar analizada en el contexto de un programa. *Revista Costarricense de salud pública*. 2005; 14(26):28-29.
35. Organización para las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Legislar para una alimentación y nutrición adecuada en las escuelas. Nota de orientación jurídica para parlamentarios en África. 2018.
36. Britos S, Diaz Langou G, Veleza C, Florito J, Chichizola N, Acuña M. Lineamientos para una política federal de alimentación escolar. Documento de trabajo N°148. Centro de Estudios Sobre Políticas y Economía de la Alimentación. Marzo 2016.
37. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Resultados de la 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf.
38. Organización para las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Los marcos jurídicos en materia de alimentación escolar. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. 2016.
39. Programa Mundial de Alimentos. Revisión de la Política de Alimentación Escolar. 2013.
40. Cooperación Brasil-FAO. Alimentación Escolar y las Posibilidades de Compra Directa de la Agricultura Familiar, Estudio de casos en 8 países. 2013.
41. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Agricultura familiar y circuitos cortos. Nuevos esquemas de producción, comercialización y nutrición. 2015.
42. Comisión Nacional de Fomento Rural. La Agricultura Familiar como proveedor de las Compras Públicas de productos agrícolas y alimentos. 2015.
43. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Las compras públicas a la agricultura familiar y la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Lecciones aprendidas y experiencias. 2015.
44. Silva AJSIU. Avaliação de programa nutricional municipalizado: estudo do uso do leite de soja em Américo Brasiliense – SP. 1995. 157f. Dissertação (Mestrado em Alimentos e Nutrição) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP, Araraquara, 1995.
45. Sordini M. Una revisión sobre los programas alimentarios nacionales aplicados a comedores escolares y comunitarios desde los años ochenta en Argentina. *De Prácticas y Discursos*. 2014; 3(3):1-12.
46. Boito ME, Huergo J. El hambre como punto de origen y de llegada de las políticas alimentarias vigentes. *Boletín Científico Sapiens Research*. 2011; 1(2):49-53.
47. Sobral F. Programa nacional de alimentação escolar: sistematização, importância e presença no município de Monte Alto-SP. 2008.

Silvina Berra¹,
Luisina Rivadero²,
Romina Mántaras³,
Francisco Fantini⁴,
Julieta Lavín⁵,
Verónica Mamondi⁶

¹Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC); Centro de Investigaciones Epidemiológicas y de Servicios de Salud (Escuela de Salud Pública, FCM, UNC); Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNC). Córdoba, Argentina ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3618-7041>

²Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC). Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNC). Córdoba, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6087-5632>

³Escuela de Kinesiología (FCM, UNC). Córdoba, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9816-3152>

⁴Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC). Córdoba, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4727-1014>

⁵Instituto Patagónico de Estudios de Humanidades y Ciencias Sociales (CONICET-UNC). Facultad de Ciencia y Tecnología de los Alimentos (UNCo). Neuquén, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0907-3786>

⁶Escuela de Nutrición (FCM, UNC). Córdoba, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9074-6014>
Contacto: sberra@fcm.unc.edu.ar

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34016>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 24 agosto 2020.
Aprobado: 19 enero 2021.

SALUD AUTOPERCIBIDA, CAMBIOS EN LA EXPERIENCIA ESCOLAR Y OTROS HÁBITOS DE LA SALUD DE ESCOLARES ADOLESCENTES CORDOBESES DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO POR COVID-19.

SELF-PERCEIVED HEALTH, CHANGES IN SCHOOL EXPERIENCE AND OTHER HEALTH BEHAVIORS IN ADOLESCENTS DURING THE PREVENTIVE AND COMPULSORY SOCIAL ISOLATION DUE TO COVID-19 PANDEMICH.

SAÚDE AUTOPERCEBIDA, MUDANÇAS NA EXPERIÊNCIA ESCOLAR E OUTROS HÁBITOS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES DE CÓRDOBA DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL PREVENTIVO E OBRIGATÓRIO PELA COVID-19.

Resumen

Objetivo: explorar asociaciones entre salud autopercebida y desempeño escolar, hábitos de estudio, actividad física (AF), sueño y uso de pantallas antes y durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) por la pandemia de COVID-19 en escolares del nivel secundario de Córdoba, Argentina. **Método:** Estudio descriptivo mediante encuesta digital a adolescentes. Se indagaron diez dimensiones de la salud autopercebida en el momento del estudio; y experiencia escolar, AF, sueño y uso de pantallas, antes del ASPO y durante el estudio. **Resultados:** Durante el ASPO, diversas dimensiones de la salud autopercebida mostraron correlación con la experiencia escolar y otros hábitos estudiados. Los cambios en las experiencias y hábitos antes-durante el ASPO mostraron correlaciones con las dimensiones de bienestar psicológico, entorno escolar, aceptación social, relación con

padres y aceptación social. Conclusiones: En esta muestra, la salud autopercebida pareció afectada por las circunstancias experimentadas durante la pandemia de COVID-19.

Palabras clave: adolescente; calidad de vida; conductas relacionadas con la salud; Instituciones académicas; coronavirus.

Abstract

Objective: To explore associations between self-perceived health and perceptions of school performance (PDE), study habits, physical activity (PA), sleep and screen time habits before and during the compulsory, preventive and social isolation (ASPO) due to the COVID-19 pandemic in middle school students from Córdoba, Argentina. **Method:** Descriptive study using a virtual survey addressed to adolescents. Ten dimensions of self-perceived health were assessed by means of KIDSCREEN-52 questionnaire; school experience (items from HBSC and LASSI questionnaires), AF (PACE), sleep and screen use (BackPEI), before ASPO and at the study time were evaluated. **Results:** During the ASPO, several domains of self-perceived health correlated with school experience and other habits studied. Changes before-during ASPO in experiences and habits correlated with psychological well-being, school environment, social acceptance, parent relations and social acceptance. **Conclusions:** In this sample, self-perceived health seemed affected by the circumstances experienced during the COVID-19 pandemic.

Key words: adolescent; quality of life; health behavior; schools; coronavirus.

Resumo

Objetivo: explorar associações entre autopercepção de saúde e desempenho escolar, hábitos de estudo, atividade física (AF), sono e uso de telas antes e durante o isolamento social preventivo compulsório (ASPO) devido à pandemia de COVID-19 em escolares do ensino médio em Córdoba, Argentina. **Método:** Estudo descritivo baseado em um enquete digital com adolescentes. Dez dimensões da autopercepção da saúde foram investigadas no momento da pesquisa; e experiência escolar, AF, sono e uso de telas, antes do ASPO e durante o estudo. **Resultados:** Durante o ASPO, várias dimensões da autopercepção da saúde apresentaram correlação com a experiência escolar e outros hábitos estudados. Mudanças em experiências e hábitos antes e durante a ASPO mostraram correlações com as dimensões bem-estar psicológico, ambiente escolar, aceitação social, relacionamento com os pais e aceitação social. **Conclusões:** Nesta amostra, a autopercepção da saúde parece ter sido afetada pelas circunstâncias vivenciadas durante a pandemia de COVID-19.

Palavras chave: adolescente; qualidade de vida; comportamentos relacionados à saúde; Instituições acadêmicas; coronavírus.

Introducción

La pandemia de COVID-19 generó una situación social y sanitaria mundial sin precedentes por la rapidez de su expansión y la severidad de sus efectos en algunos grupos poblacionales. En Argentina, se dictó el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) para toda la población en marzo de 2020, cuando iniciaba el ciclo anual escolar. En la ciudad de Córdoba, esta medida se mantuvo hasta fines de junio, cuando se estableció el “distanciamiento social, preventivo y obligatorio” (DSPO), que permitió la movilidad de personas en el espacio público, pero no así las aglomeraciones, a la vez que permanecieron cerrados los establecimientos educativos y lugares de esparcimiento a puertas cerradas. La escuela es un escenario de socialización y sociabilidad crucial durante la adolescencia, donde además de aprender conocimientos, los estudiantes establecen vínculos y se

encuentran con amigos(1,2). El cierre de los centros escolares estuvo entre las primeras medidas dispuestas para atenuar la propagación del virus, lo que reconfiguró las dinámicas cotidianas que se despliegan en el seno de las comunidades educativas. La migración de las actividades escolares hacia escenarios virtuales requirió accesibilidad a recursos tecnológicos e internet, mayor apoyo familiar y autonomía del estudiante para el aprendizaje (3), aumentó la brecha de aprendizaje y pudo impactar en indicadores educativos (4,5). Existen proposiciones teóricas y evidencias empíricas acerca de las interrelaciones entre la salud y la experiencia escolar (6,7), sugiriendo que la salud condiciona el desempeño escolar, independientemente de indicadores sociodemográficos (8), así como que los logros académicos mantienen e incluso mejoran la salud (9,10). Por ello, la virtualización de la educación puede haber generado cambios en indicadores de la experiencia escolar de los y las estudiantes, en hábitos de estudio (HE), en la percepción de desempeño escolar (PDE) y, en consecuencia, haber afectado también dimensiones sociales de la salud.

Por otra parte, en la adolescencia, algunos hábitos pueden contribuir a sentirse bien y lograr una mejor calidad de vida relacionada con la salud, como la realización de actividad física (AF) suficiente, la reducción las horas frente a pantallas y las horas de sueño adecuadas (11). En escolares de Córdoba, Argentina, la realización de AF y el uso de espacios barriales al aire libre se correlacionaron con las dimensiones de la salud de autonomía y de vida familiar (12). En contexto de pandemia, algunos estudios han mostrado que las medidas sanitarias introdujeron cambios en los modos de realizar AF por la imposibilidad de movilizarse en las ciudades con fines recreativos, deportivos, o simplemente de desplazamiento activo (13) y se puede suponer que eso tuvo impacto en la salud autopercebida de las chicas y los chicos, lo cual aún ha sido escasamente estudiado, hasta donde conocemos. Con base en lo anterior, a pocos meses de iniciada la pandemia de COVID-19 en Argentina, nos preguntamos cómo estarían transcurriendo esos cambios en la población de adolescentes de la ciudad de Córdoba y cómo esas experiencias estarían influyendo en su salud autopercebida. El objetivo de este trabajo fue describir las PDE y HE, AF, sueño y usos de pantallas en los meses de junio y julio de 2020, cuando se transitaba el ASPO por la pandemia de COVID-19, compararlas con momentos previos a la pandemia y analizar su relación con la salud autopercebida en escolares del ciclo inicial del nivel secundario de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo entre el 22 de junio y el 20 de julio de 2020, cuando en la ciudad de Córdoba habían transcurrido más de tres meses completos de ASPO y se pasaba a DSPO. El diseño fue transversal, pero algunos indicadores fueron indagados retrospectivamente para analizar sus cambios antes-durante el ASPO.

La población fue la de escolares de primer y segundo año de nivel secundario en centros educativos (CE) de la ciudad de Córdoba, Argentina. Se solicitó colaboración a 38 CE de gestión estatal y privada para que enviaran invitaciones a escolares, pero sólo 10 lo hicieron y 130 estudiantes enviaron sus datos para recibir el cuestionario.

Se administró un cuestionario digital mediante la aplicación web LimeSurvey (versión 3, licencia de la Universidad Nacional de Córdoba), en dos partes. Se enviaron los enlaces de acceso a la encuesta por correo electrónico o mensajes de texto. Se ofreció información completa del estudio para consentir antes de empezar a responder la encuesta, que pudieron abandonar o no responder cuando así lo prefirieron. Así, 66 estudiantes respondieron, pero 37 completaron las secciones correspondientes a este estudio. El protocolo de investigación fue evaluado por el Comité de Ética de la Investigación en Salud del Hospital Nacional de Clínicas, con núm. 3416 en el Registro Provincial de Investigaciones en Salud (REPIS), COEIS, de la Provincia de Córdoba. La encuesta incluyó preguntas sobre salud autopercebida, percepciones acerca de la experiencia escolar, AF, descanso y uso de

pantallas.

La salud autopercebida se estudió en 10 dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, como valora el cuestionario KIDSCREEN-52: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, relación con los amigos y apoyo social, entorno escolar, aceptación social y recursos económicos (14,15). Las 52 preguntas tienen cinco opciones de respuestas en escala Likert de frecuencia e intensidad. Del conjunto de preguntas de cada dimensión se obtiene una puntuación que se transforma a una escala de la referencia europea con el valor 50 como promedio y un desvío estándar (DE) de 10. Valores inferiores de la escala se interpretan como peor salud autopercebida, siendo relevantes los valores menores de 45 ($<-0,5$ DE) (16).

La PDE se indagó a través de dos preguntas adaptadas del cuestionario HBSC (Health Behavior in School-Aged Children) con cinco opciones de respuesta que fueron agrupadas en “muy satisfactorio” (muy bien), “satisfactorio” (bien) e “insatisfactorio” (regular, mal, muy mal y no sé). (17) Los hábitos de estudio se indagaron usando dos preguntas sobre lugar (HLE) y momento (HME), adaptadas del inventario LASSI (Learning and Study Strategies Inventory, High School Version), (18) cuyas respuestas fueron agrupadas en las categorías “frecuente” (siempre y casi siempre) y “poco frecuente” (a veces, casi nunca y nunca).

La AF se exploró con una pregunta del instrumento PACE (Physician-based Assessment and Counseling for Exercise) para adolescentes, sobre la cantidad de días en la última semana en que se realizó AF durante al menos 60 minutos durante el ASPO (19). Las respuestas se analizaron según hubieran realizado AF o no.

Las horas de sueño y el tiempo frente a las pantallas se recogieron con preguntas del BackPEI (Back Pain and Body Posture Evaluation Instrument) (20). La categorización de las horas de sueño (menos de 6, 7 u 8 y 8 o más h.) responde a la distribución de los datos obtenidos y a otros estudios comparables (21). El uso de pantallas de televisión, PC y teléfono celular se agrupó en menos de 2 horas versus 2 o más horas diarias, según recomendaciones (22).

Para explorar cambios en las percepciones acerca de la experiencia escolar, AF, descanso y uso de pantallas antes y durante el ASPO, se elaboraron preguntas similares para conocer cómo se presentaban estos aspectos. La experiencia escolar se indagó tomando como referencia la representación que tienen los y las adolescentes sobre su desempeño en la escuela durante el 2019 (previo a la pandemia), mientras que el enunciado de las preguntas sobre AF, descanso y uso de pantallas, refería a “antes del aislamiento social obligatorio (cuarentena), en un día normal”. Luego se calcularon las diferencias entre las variables antes-durante el ASPO a partir de las escalas de respuesta originales, resultando en valores negativos aquellos con una disminución de la frecuencia, en valor cero los equivalentes y en valores positivos los que manifestaron aumentos en las percepciones o hábitos indagados. Para el análisis de datos se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes de variables categóricas (experiencia escolar, AF, horas de sueño, uso de pantallas) y medias y desvío estándar de variables cuantitativas continuas (salud autopercebida). Se realizaron modelos de regresión lineal para cada una de las 10 dimensiones de la salud autopercebida como variables dependientes, incluyendo las demás como independientes. De forma similar, se realizaron modelos en los que las variables independientes fueron los indicadores de cambio en la experiencia escolar, la AF, las horas de sueño y el uso de pantallas entre momentos anteriores a la pandemia y el momento del estudio. Ambos grupos de modelos se ajustaron por identidad de género. Para la significación estadística del coeficiente B de regresión se utilizó la prueba t tomando un valor de $p<0,05$. Para el manejo de datos y ejecución de los análisis estadísticos se utilizaron los paquetes STATA 15 y SPSS 24.

Resultados

Participaron 66 adolescentes, pero 37 respondieron las partes utilizadas en este trabajo y en 31 casos los datos estuvieron totalmente completos. La edad promedio fue 12,9 años \pm 1 años, 54,8% se identificó con el género hombre y 96,8% cursaba en centros de gestión privada. El 67,6% (n=25) de los y las adolescentes reportó que en 2019 tenía una PDE muy satisfactoria, mientras que en 2020 descendió al 29,4% (p=0,035; figura 1a). El 67,6% informó haber tenido frecuentemente un lugar fijo y adecuado en su casa para estudiar en 2019, lo que aumentó al 80,6% en 2020 (figura 1b). El hábito de destinar un horario fijo al estudio no cambió entre 2019 y 2020 (figura 1c).

El porcentaje de estudiantes que dijo que antes del ASPO no realizaban AF (13,9%) y el que dormía 8 o más horas (52,8%), aumentó a 33,3% (p=0,017, figura 2a) y 57,6% (p=0,003; figura 2b), respectivamente, durante el ASPO.

El tiempo frente a pantallas de televisión no presentó cambios pero el 37,1% pasaba 2 o más horas frente a la PC y el 81,8% usaba celulares más de 2 horas antes del ASPO, mientras que durante el ASPO esas cifras alcanzaron a 77,1% (p=0,101; figura 2c) y 87,1% (p=0,048; figura 2d), respectivamente.

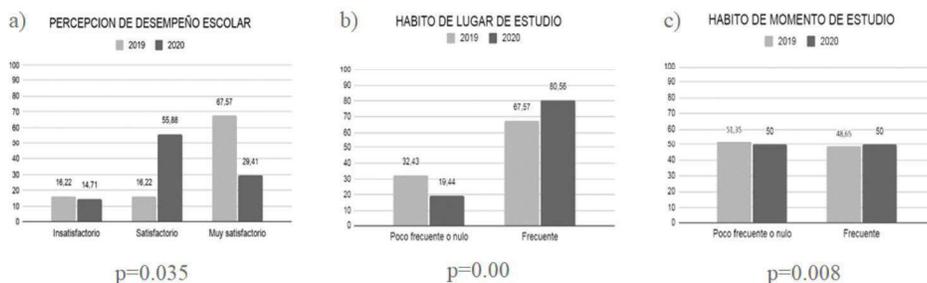


Figura 1. Percepción de desempeño escolar (a), hábitos de lugar (b) y momento de estudio (c) en 2019 y 2020, en escolares de primer y segundo año de secundaria, Córdoba, Argentina. *p<0,05

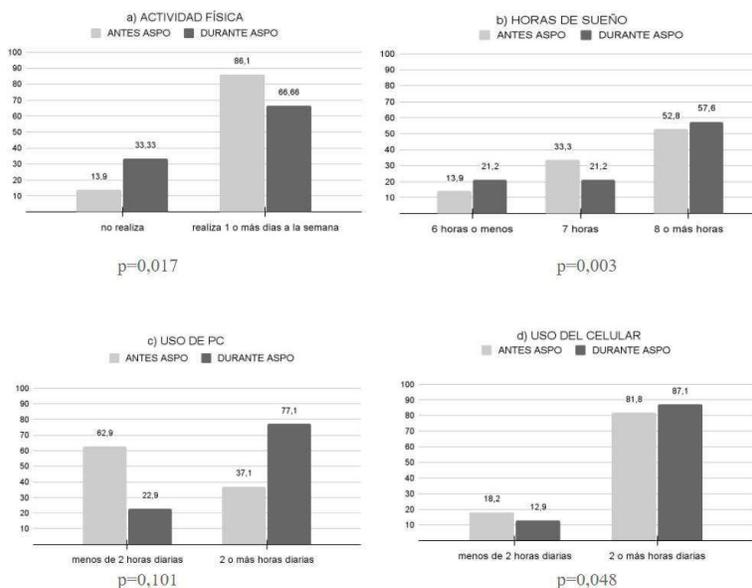


Figura 2. Hábitos de actividad física, horas de sueño y uso de pantallas antes y durante el ASPO (junio-julio de 2020) en escolares de primer y segundo año de secundaria, Córdoba, Argentina

Salud autopercebida, percepciones y comportamientos durante el ASPO

En esta muestra, el bienestar físico fue la dimensión de la salud que pareció estar más afectada durante el ASPO, con una puntuación promedio de 41,4 (+/-6,9), seguida de la autonomía (44,8; +/-6,2). Los análisis de regresión lineal mostraron que, durante el ASPO (tabla 1), la PDE para el año 2020 se incrementaba con los sentimientos respecto del entorno escolar ($b:0,51$) y la disponibilidad de un lugar de estudio correlacionó inversamente con los sentimientos de aceptación social ($b:-0,35$). Realizar AF correlacionó positivamente con el bienestar físico ($b:0,47$), mientras que una mayor cantidad de horas de sueño se asoció a menores puntajes en las dimensiones de autonomía ($b:-0,40$), relación con pares ($b:-0,39$) y recursos económicos ($b:-0,65$). Igualmente, a más horas de uso del teléfono celular, menor puntaje en autopercepción ($b:-0,32$).

Tabla N° 1: Salud autopercebida y coeficientes de regresión de indicadores de experiencia escolar, actividad física y uso de pantallas durante el ASPO (junio-julio 2020)

Salud autopercebida	n	Media (DE) ^a	Coeficientes de indicadores de experiencia escolar, actividad física y uso de pantallas						
			PDE ^{b,c}	HLE ^{d,e}	HME ^{e,c}	AF ^{f,e}	Hs de sueño ^{g,c}	Hs uso de PC ^{h,c}	Hs uso de celular ^{i,e}
Bienestar físico	31	41,5 (7,2)	0,36	0,20	0,16	0,47^j	0,20	-0,06	0,14
Bienestar psicológico	31	49,5 (9,0)	0,04	0,01	0,10	0,05	-0,25	0,20	-0,11
Estado de ánimo	31	47,7 (10,4)	-0,01	0,02	-0,32	-0,28	-0,16	0,31	-0,19
Autopercepción	31	53,1 (10,7)	0,09	-0,06	-0,09	-0,08	-0,07	0,05	-0,32 ^j
Autonomía	31	44,8 (6,2)	0,26	0,13	0,06	0,25	-0,40^j	-0,13	0,08
Relación con padres y vida familiar	31	46,9 (8,1)	-0,22	0,16	-0,13	-0,03	-0,29	0,26	-0,16
Apoyo social y relación con pares	31	45,9 (7,3)	-0,04	0,29	0,15	0,39	-0,39^j	0,18	0,11
Ambiente escolar	31	51,6 (7,1)	0,51^j	0,11	0,35	0,10	-0,12	0,10	-0,13
Aceptación social	30	51,8 (8,8)	0,24	-0,35^j	-0,08	0,03	0,18	-0,15	0,02
Recursos económicos	27	46,2 (9,4)	-0,19	0,16	0,25	0,17	-0,65^j	0,16	0,33
Índice general KC-10	29	48,1 (6,7)	0,24	0,08	-0,07	0,06	-0,27	0,27	-0,17

^aPromedio y desvío estándar de las dimensiones de salud autopercebida (cuestionario KIDSCREEN); ^bPDE: Percepción de desempeño escolar; ^ccoeficiente beta de regresión ajustado por género; ^dHLE: hábitos de lugar de estudio; ^eHME: hábitos de momento de estudio; ^fAF: hábitos de actividad física; ^gHoras de sueño; ^hHoras de uso de pantalla en PC; ⁱHoras de uso de pantalla en celular; ^jvalor $p < 0,05$ estadístico t del indicador en la regresión lineal.

Análisis de los cambios en percepciones y comportamientos antes y durante el ASPO

Al computar las diferencias entre momentos previos y durante el ASPO (tabla 2), se encontró que un incremento en la PDE se correspondió con una mejor puntuación en los sentimientos respecto del entorno escolar ($b:0,44$); una mejora en la disponibilidad de un lugar de estudio correlacionó inversamente con los sentimientos de aceptación social ($b:-0,45$); y las mejoras en la planificación de los momentos de estudio correlacionaron positivamente con la dimensión de relación con padres y vida familiar ($b:0,38$). El incremento en las horas de sueño y de uso de teléfono celular se asoció negativamente con el bienestar psicológico ($b:-0,51$ y $-0,42$, respectivamente). Por el contrario, a más horas de uso del celular, los y las adolescentes se sintieron mejor en la dimensión de aceptación social ($b:0,48$) (tabla 2).

Tabla N° 2: Salud autopercebida durante el ASPO (junio-julio 2020) y coeficientes de regresión de indicadores de cambios antes-durante el ASPO en la experiencia escolar, actividad física y uso de pantallas

Salud autopercebida	N	Media (DE) ^a	Coeficientes de indicadores de cambio en experiencia escolar, actividad física y uso de pantallas antes-durante el ASPO						
			PDE ^{b,c}	HLE ^{d,c}	HME ^{e,c}	AF ^{f,c}	Hs de sueño ^{g,c}	Hs uso de PC ^{h,c}	Hs uso de celular ^{i,c}
Bienestar físico	31	41,5 (7,2)	0,20	-0,05	0,08	0,31	0,21	0,04	0,05
Bienestar psicológico	31	49,5 (9,0)	0,12	0,04	-0,02	0,07	-0,51^j	-0,04	-0,42^j
Estado de ánimo	31	47,7 (10,4)	-0,09	-0,03	-0,20	-0,20	-0,08	0,02	0,01
Autopercepción	31	53,1 (10,7)	-0,01	-0,12	-0,09	-0,04	-0,15	-0,17	-0,13
Autonomía	31	44,8 (6,2)	0,20	-0,01	0,13	0,17	-0,16	-0,17	-0,05
Relación con padres y vida familiar	31	46,9 (8,1)	-0,18	0,19	0,38^j	-0,01	-0,33	-0,01	-0,36
Apoyo social y relación con pares	31	45,9 (7,3)	0,07	0,28	-0,03	0,38	-0,28	-0,07	-0,27
Ambiente escolar	31	51,6 (7,1)	0,44^j	-0,09	0,13	0,22	-0,36	0,13	-0,10
Aceptación social	30	51,8 (8,8)	0,01	-0,45^j	0,09	-0,02	0,29	-0,03	0,48^j
Recursos económicos	27	46,2 (9,4)	0,09	0,34	0,29	-0,01	-0,42	-0,23	0,01
Índice general KC10	29	48,1 (6,7)	0,01	-0,15	-0,08	0,04	-0,20	0,10	-0,21

^aPromedio y desvío estándar de las dimensiones de salud autopercebida (cuestionario KIDSCREEN); ^bPDE: Percepción de desempeño escolar; ^cCoefficiente Beta de regresión ajustado por género; ^dHLE: hábitos de lugar de estudio; ^eHME: hábitos de momento de estudio; ^f AF: hábitos de actividad física; ^gHoras de sueño; ^hHoras de uso de pantalla en PC; ⁱHoras de uso de pantalla en celular; ^jvalor p <0,05 estadístico t del indicador en la regresión lineal.

Discusión y conclusiones

Este estudio se realizó durante un momento de transición entre fuertes restricciones a la movilidad y a los encuentros sociales debidas a la pandemia de COVID-19, hacia un periodo con algo de flexibilidad en la movilidad, pero con centros escolares y espacios de recreación o prácticas deportivas aún cerrados. Los resultados confirmaron cambios de diversa magnitud en todas las percepciones y comportamientos indagados respecto de la experiencia escolar y los hábitos de AF, descanso y uso de pantallas en escolares de los primeros años del nivel secundario. El aporte principal de esta investigación radica en la exploración del impacto de esos cambios en indicadores de calidad de vida relacionada con la salud en la adolescencia, a través de dos perspectivas temporales: de forma transversal, con relación a sus experiencias en el momento del ASPO; y de forma longitudinal, con relación a los cambios declarados a nivel individual.

Las puntuaciones reportadas en bienestar físico y autonomía fueron bajas respecto a los valores de referencia del instrumento utilizado y se asociaron a la inactividad física durante el ASPO. Un informe recientemente publicado por UNICEF, realizado con datos cualitativos y en el mismo momento de la transición desde el ASPO hacia medidas de distanciamiento social, que la posibilidad del encuentro presencial con las amigas y los amigos era valorada como forma de recuperar la intimidad y autonomía, así como la oportunidad de incluir actividades deportivas porque les permitirían despliegue de actividad física (23).

Los resultados de este trabajo mostraron que quienes mantuvieron o mejoraron la PDE en esta circunstancia extraordinaria se sintieron mejor en el entorno escolar. Se ha descrito que el concepto y las expectativas del propio estudiante sobre su rendimiento escolar predicen la adaptación a las tareas y demandas cambiantes de la escuela,(24) lo que puede contribuir al sentimiento de bienestar. Durante el ASPO 2020 en condiciones de excepcionalidad, adolescentes argentinos reportaron buena capacidad para organizar su propia rutina y muy buena o buena convivencia en sus hogares (25). En acuerdo con lo anterior, nuestros resultados indican que la mayor planificación y disposición de momentos de estudio respecto al año anterior coincide con sentimientos de bienestar en la vida familiar. Informes previos llamaron la atención sobre el hecho que la población adolescente no alcanza a cumplir las horas de AF (26,27) ni de descanso (21) recomendadas para su edad. Según el informe del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia sobre los efectos del ASPO en las infancias (5 a 17 años), el déficit de AF estructurada en horario extraescolar aumentó durante el primer año de la pandemia, del 60,7% en 2019 al 71,4% en 2020. Una tendencia similar se observó en el comportamiento sedentario asociado a las pantallas, de 60,2% en 2019 a 69,7% durante el ASPO (29). Nuestros resultados muestran una diferencia aún mayor en el empeoramiento de la frecuencia de AF. En cuanto a las horas de sueño, no se observó un patrón regular de cambios, pero sí asociaciones con la salud autopercebida que sugieren que más horas de sueño coexistieron con menos actividad social y menos sensaciones psicológicas positivas. Por otra parte, hubo un aumento de la cantidad de adolescentes que dormían menos de 6 horas que podría insinuar un sueño inadecuado en cantidad o en calidad, que puede ser causal de somnolencia y dificultades de atención que afecten el funcionamiento de NNA, pero no incluimos indicadores de calidad del sueño y no hubo indicios de bajo estado de ánimo u otras sensaciones negativas. Además, la situación experimentada en el ASPO llevó a un incremento en las horas de uso de computadoras y teléfono celular, hábitos que resultaron estar asociados a dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la salud autopercebida en esta investigación.

Se ha señalado que el uso de pantallas y redes sociales fue la forma que las y los adolescentes privilegiaron para socializar con pares durante el ASPO (23). En este estudio encontramos que las sensaciones de autonomía, los sentimientos con relación a los pares y las sensaciones de disponibilidad de recursos económicos fueron menores a mayor

cantidad de horas de uso del celular. El bienestar psicológico fue menor entre quienes manifestaron mayores horas de sueño y de uso del celular en comparación con los hábitos mantenidos antes del ASPO. En contraposición, los sentimientos de aceptación social fueron mejores entre quienes incrementaron el uso del celular y peores con relación a la disponibilidad de un lugar regular para el estudio. En síntesis, el acceso a la comunicación mediante dispositivos de telefonía móvil tuvo un papel importante en las dimensiones psicosociales de la salud en la adolescencia que, a su vez, se vio limitada en sus espacios de intimidad en el ámbito familiar, contribuyendo al aumento de vivencias de malestar y dificultades en el proceso de construcción de autonomía (23).

El escaso tamaño de la muestra limitó la precisión, la validez externa y la posibilidad de hacer análisis comparando grupos. La tensión que vivían las instituciones y las familias en ese momento, la inquietud que pudo conllevar la solicitud de datos personales para intentar realizar un estudio longitudinal y otras cuestiones éticas y metodológicas que analizamos aparte (28), pudieron llevar a la baja participación lograda. En suma, las conclusiones no pueden generalizarse a la población escolar pretendida y se debe hacer notar que quienes integraron la muestra estudiada fueron adolescentes con acceso a los recursos necesarios para responder una encuesta digital, que se mantenían activos en sus actividades escolares, mayoritariamente en instituciones privadas. Aun así, la caracterización del fenómeno habilita la mejor comprensión de un grupo social que solicita su derecho de expresarse sobre su salud.

Este estudio, desarrollado en una acotada muestra de adolescentes que iniciaban el nivel secundario en un contexto sociosanitario inédito, confirma cambios en su vida cotidiana que parecen afectar diversas dimensiones de su calidad de vida relacionada con la salud. Además, identifica algunos aspectos de la salud que podrían ser protegidos con iniciativas de las comunidades educativas, con medidas sanitarias y políticas públicas en situaciones como la impuesta por la pandemia de COVID-19. En nuestro país y en todo el mundo, el debate acerca de las posibilidades y condiciones en las que se puede retomar la actividad escolar tiene suma actualidad (30). El bienestar físico y los sentimientos con relación al ámbito escolar son dimensiones de la salud de la población adolescente que podrían ser tenidos en cuenta en iniciativas tendientes a favorecer las percepciones de los y las estudiantes respecto de su salud y de su capacidad para desempeñarse en funciones relevantes para su etapa vital (9,31).

Contribuciones

Este trabajo contó con financiamiento de la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECYT) de la Universidad Nacional de Córdoba, Resol. SECYT 411/2018; y del Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica, del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Resol. N° 301/18. PICT-2017-1689. Además de las autoras, participaron en la realización del estudio María Dolores Román, Ana Moos, Natalia Tumas, Laura Vanadia, Lorena Salletti Cuesta, Gabriela Reartes, Emilse Degoy y Lila Aizenberg.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los y las adolescentes que participaron en el estudio, a familiares y equipos directivos de los centros escolares que facilitaron el contacto y a la Subdirección de Promoción Social y de la Salud, del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba, por avalar la investigación.

Referencias bibliográficas

1. Paulín HL. Ganarse el respeto. Jóvenes y conflictos en la escuela. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2019.
2. Weiss E. Jóvenes y bachillerato en México: el proceso de subjetivación, el encuen-

- tro con otros y la reflexividad. *Propues Educ.* 2009; 32:83-94.
3. Soto MAV, Moreno WTB, Rosales LYA. La educación fuera de la escuela en época de pandemia por Covid 19. Experiencias de alumnos y padres de familia. *Revista Electrónica Sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación.* 2020; 7(14):111-34.
 4. Álvarez M, Gardyn N, Iardelevsky A, Rebello G. Segregación educativa en tiempos de pandemia: Balance de las acciones iniciales durante el aislamiento social por el Covid-19 en Argentina. *Rev Int Educ Justicia Soc.* 2020; 9(3):25-43. doi: 10.15366/riejs2020.9.3.002.
 5. Eyzaguirre S, Le Foulon C, Salvatierra V. Educación en tiempos de pandemia: antecedentes y recomendaciones para la discusión en Chile. *Estud Publicon.* 2020; 159:111-80. doi: 10.38178/07183089/1430200722.
 6. Haas SA. Health selection and the process of social stratification: the effect of childhood health on socioeconomic attainment. *J Health Soc Behav.* 2006; 47(4):339-54. doi: 10.1177/002214650604700403.
 7. Haas SA, Fosse NE. Health and the educational attainment of adolescents: evidence from the NLSY97. *J Health Soc Behav.* 2008; 49(2):178-92. doi: 10.1177/002214650804900205.
 - 8.
 9. Degoy E, Berra S. Differences in health-related quality of life by academic performance in children of the city of Cordoba-Argentina. *Qual Life Res.* 2018; 27(6):1463-1471. doi: 10.1007/s11136-018-1849-9.
 10. Ross CE, Wu C. The links between education and health. *Am Sociol Rev.* 1995;60(5):719-45. doi: 10.2307/2096319
 11. Nayga RM. Schooling, health knowledge and obesity. *Appl Econ.* 2000; 32(7):815-22. doi: 10.1080/000368400322156.
 12. Lima-Serrano M, Martínez-Montilla JM, Guerra-Martín MD, Vargas-Martínez AM, Lima-Rodríguez JS. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. *Gac Sanit.* 2018;32(1):68–71. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.06.016.
 13. Lavin Fueyo J, Totaro Garcia LM, Mamondi V, Pereira Alencar G, Florindo AA, Berra S. Neighborhood and family perceived environments associated with children's physical activity and body mass index. *Prev Med.* 2016; 82:35-41. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.11.005. Epub 2015 Nov 12. PMID: 26582209.
 14. Castillo-Martínez M, Castillo-Martínez M, Ferrer M, González-Peris S. Depresión infantojuvenil y otros aspectos de salud mental durante el confinamiento y la pandemia por SARS-CoV-2/COVID-19: encuesta en contexto escolar. *An Pediatr.* 2020;S1695-4033(20)30429-X. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.09.013. Epub ahead of print. PMID: 33745839; PMCID: PMC7532745.
 15. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, Duer W, et al. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health.* 2008 Jul-Aug;11(4):645-58. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x.
 16. Berra S, Tebé C, Esandi ME, Carignano C. Fiabilidad y validez del cuestionario KIDSCREEN-52 para medir calidad de vida relacionada con la salud para población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr.* 2013; 111(1):29-35. doi: 10.5546/aap.2013.29. PMID: 23381702.
 17. The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Lengerich (Germany): Pabst Science Publisher; 2006. 232 p.
 18. Felder-Puig R, Griebler R, Samdal O, King MA, Freeman J, Duer, W. Does the School Performance Variable Used in the International Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) Study Reflect Students' School Grades? *J Sch Health.* 2012; 82(9):404-409. doi: 10.1111/j.1746-1561.2012.00715.x. PMID: 22882103.

19. Eldredge JL. Learning and study strategies inventory-high school version (LASSI-HS). *J Read.* 1990;34(2):146-49.
20. Martínez-Gómez D, Martínez De Haro V, Del Campo J, Zapatera B, Welk G, Villagra A, Marcos A, Veiga O. Validez de cuatro cuestionarios para valorar la actividad física en adolescentes españoles. *Gac Sanit.* 2009; 23(6):512-17.
21. Noll M, Candotti CT, Vieira A, Loss JF. Back pain and body posture evaluation instrument (BackPEI): development, content validation and reproducibility. *J Int J Public Health.* 2013; 58(4):565-72. doi: 10.1007/s00038-012-0434-1.
22. Hernández Borge J, García González M, García García M, Antona Rodríguez M, Sanz Cabrera A, Cordero Montero P. Hábitos y trastornos del sueño en adolescentes. *Rev Esp Patol Torac.* 2015;27(4):220-30.
23. Committee on Public Education. Children, Adolescents, and Television. *Pediatrics.* 2001;107(2):423-26. doi:10.1542/peds.107.2.423.
24. UNICEF. Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, Mayo 2021, Buenos Aires, Argentina [Internet]. <https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Efectos-salud-mental-ninias-ninios-adolescentes-COVID19>
25. Agirre IA, Izaguirre LA, Etxaniz IE, Maya MS. Capacidad predictiva del autoconcepto y la inteligencia emocional en el ajuste escolar autopercebido. *Bordón.* 2015; 67(4):9-26. doi: 10.13042/Bordon.2015.67401.
26. Bazán C, Brückner F, Giacomazzo D, Gutiérrez MA, Maffeo F. Adolescentes, COVID-19 y aislamiento social preventivo y obligatorio. Final report. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Buenos Aires): FUSA AC. 2020. <https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2020/05/Adolescentes-COVID-19-y-aislamiento-social.pdf>
27. Lavin J, Bruzzone F, Mamondi V, González E, Berra S. Actividad física y comportamientos sedentarios de escolares de Córdoba en su tiempo libre y en clase de educación física. *Revista Argentina de Salud Pública*; Lugar: Buenos Aires; 2015; 6(24):15-21.
28. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010.
29. Berra S, Rivadero L. Cuestiones éticas y metodológicas de la participación de adolescentes en estudios de salud autopercebida en el contexto de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. V Jornadas de Investigadores en Formación. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES); 2021. <https://publicaciones.ides.org.ar/sites/default/files/docs/2021/jif-2020-eje12-berrarivadero.pdf>
30. Tuñón I. 2021. Nuevos retrocesos en las oportunidades de desarrollo de la infancia y adolescencia. Tendencias antes y durante la pandemia COVID-19. Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025) - 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2021.
31. Correa AD, González IL, Sepúlveda MM, Burón VK, Salinas PA, Cavagnaro FSM. Debate sobre el retorno a clases presenciales en Pandemia. *Andes pediatri.* 2021; 92(2):174-81. doi: 10.32641/andespediatr.v92i2.3535.
32. Qi S, Qin Z, Wang N, Tse LA, Qiao H, Xu F. Association of academic performance, general health with health-related quality of life in primary and high school students in China. *Health Qual Life Outcomes.* 2020; 18(1):1-11. doi: 10.1186/s12955-020-01590-y.

PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN DE JÓVENES EN SITUACIÓN DE ENCIERRO

SELF-CARE PRACTICES FOR YOUNG PEOPLE IN CONFINEMENT

PRÁTICAS DE AUTO-CUIDADO PARA JOVENS EM SITUAÇÃO DE CONFINAMENTO

Resumen

Objetivo: Reconocer las prácticas de autoatención, de jóvenes en situación de encierro alojados en los centros socioeducativos del Área Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba, Argentina. **Método:** Se desarrolló una investigación cualitativa en la que participaron 32 jóvenes, de 14 a 18 años de ambos sexos, alojados por un período no menor a seis meses en los centros socioeducativos en estudio. **Resultados:** Los jóvenes refieren prácticas destinadas al cuidado de su cuerpo y del componente bucal con la finalidad de evitar el dolor y la enfermedad. Si no hay enfermedad no existen prácticas de autoatención; las prácticas intencionales se generan ante el dolor y el padecimiento. Desde el rol materno se guía la autoatención. Las prácticas de alimentación quedan subordinadas a prácticas que afectan la salud. La situación de encierro genera prácticas distintas al “afuera”. **Conclusiones:** El contexto circunstancial, sea el de procedencia, el de la calle o el de encierro condiciona las prácticas de autoatención.

Palabras claves: salud; jóvenes; autoatención.

María Marcela Barnetche¹,
Marcela Inés Bella²,
Lila Susana Cornejo³

¹Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0607-0750>

²Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0173-1481>

³Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9116-0947>

Contacto: marcebarnetche@yahoo.es

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.30077>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 25 de agosto de 2020.
Aprobado: 21 de agosto de 2021.

Abstract

Objective: To recognize the self-care practices of young people in confinement situations housed in the socio-educational centers of the Juvenile Penal Area of the Province of Córdoba, Argentina. **Method:** A qualitative research was carried out in which 32 young people, aged 14 to 18, of both sexes participated, housed for a period of no less than six months in the socio-educational centers under study. **Results:** Young people report practices aimed at caring for their body and the oral component in order to avoid pain and disease. If there is no disease, there are no self-care practices; intentional practices are generated in the face of pain and suffering. Self-care is guided from the maternal role. Feeding practices are subordinated to practices that affect health. The situation of confinement generates practices different from the “outside”. **Conclusions:** The circumstantial context, be it that of origin, that of the street or that of confinement conditions self-care practices.

Keywords: health; young boys; self-care.

Resumo

Objetivo: Reconhecer as práticas de autocuidado de jovens em situação de reclusão, alojados nos centros socioeducativos da Área Penal Juvenil da Província de Córdoba, Argentina. **Método:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa na qual participaram 32 jovens, de 14 a 18 anos, de ambos os sexos, hospedados por um período não inferior a seis meses nos centros socioeducativos em estudo. **Resultados:** Os jovens relatam práticas voltadas para o cuidado do corpo e do componente oral, a fim de evitar dores e doenças. Se não há doença, não há práticas de autocuidado; práticas intencionais são geradas diante da dor e do sofrimento. O autocuidado é pautado pelo papel materno. As práticas de alimentação estão subordinadas às práticas que afetam a saúde. A situação de confinamento gera práticas diferentes da “fora”. **Conclusões:** O contexto circunstancial, seja de origem, de rua ou de confinamento condiciona as práticas de autocuidado.

Palavras chaves: saúde; jovens garotos; autocuidados.

Introducción

La salud y la enfermedad a través de la historia de la humanidad, han transitado desde categorías opuestas a conceptualizaciones articuladas en un proceso (1). En la actualidad (2) se plantea la necesidad de incluir los modos de atención como parte de las formas en que la salud y la enfermedad se presentan en los diferentes contextos.

El proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA), es una construcción individual y social por la cual el sujeto elabora su padecimiento, condicionando así los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo se puede comprender contextualizada en el universo de creencias, valores y medio sociocultural de cada persona y también de sus condiciones materiales de vida (3). Burak (4) por su parte menciona que el sentirse sano o enfermo no es igual para todos los individuos, que depende de la zona geográfica en la que viven, el nivel socioeconómico que poseen, el nivel de instrucción que hayan alcanzado, la percepción del mundo que hayan adquirido, entre otros factores. Cada grupo social tiene una concepción de lo que es estar sano o enfermo, cuáles son las conductas positivas o negativas para su salud y esto determina que un individuo sienta o no la necesidad de realizar las prácticas que ellos han construido como saludables. De acuerdo con la cultura que posee una sociedad y su organización, un sujeto elabora diferentes conceptos sobre salud, enfermedad y manera de aliviarla, como así también las acciones para promover la salud y prevenir la enfermedad (5).

En relación a ello, Menéndez (6) entiende la autoatención, como la actividad básica, nu-

clear y sintetizadora de este proceso llevado a cabo por sujetos y grupos sociales. Este proceso estructural (6) incluye a las representaciones y prácticas que se manejan en relación a los padeceres, para diagnosticar, explicar, atender controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales e imaginarios, incluyendo las prescriptas o propuestas por curadores. El mismo autor describe dos niveles de autoatención: uno amplio y otro restringido. El primero hace referencia a las formas de autoatención que se necesita para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de microgrupos (doméstico familiar, de trabajo, de adolescentes, etc.) basadas a partir de objetivos y normas establecidas en el propio grupo (aseo del hogar, preparación y distribución de alimentos, uso del agua, aprendizaje de la relación con la muerte, etc.). La descripción del nivel restringido está referida a las representaciones y prácticas intencionales al PSEA (amamantamiento, automedicación, entre otros). Siendo entonces, la autoatención el proceso básico de la reproducción biosocial y sociocultural de los sujetos y grupos, decisivo para la sobrevivencia y la calidad de vida (6).

En ese sentido en el marco del estudio Calidad de vida y Proceso Salud Enfermedad Atención a nivel del componente bucal realizado durante el año 2012, nos propusimos indagar sobre las prácticas de autoatención, en sentido amplio y restringido de jóvenes alojados en los centros socioeducativos del Área Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba, Argentina, con la finalidad de aportar recursos, que respetando sus posibilidades y potencialidades mejoren la calidad de vida de estos jóvenes.

Metodología

Se desarrolló una investigación cualitativa teniendo en cuenta las normativas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (7). El protocolo de trabajo, contó con la aprobación del Consejo Asesor de la Carrera de Doctorado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). A los fines de conocer las prácticas de autoatención en general y a nivel del componente bucal en particular, que poseen jóvenes institucionalizados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba, se invitó a participar en el estudio a todos los jóvenes de 14 a 18 años alojados por un período no menor a seis meses en los centros socioeducativos del Complejo Esperanza. El mismo comprende un predio de 52 hectáreas ubicado fuera del ejido de la Ciudad de Córdoba; en el 14.5 km, de Camino de 60 cuadras, en el que se encuentran cuatro centros educativos: Módulo I (ex Horizontes), Módulo II (Ex Nuevo Sol), Módulo III (Ex Pasos de Vida), Módulo IV (Ex San Jorge), que alojan a varones de 12 a 20 años, en conflicto con la ley penal de la Provincia de Córdoba. Las jóvenes mujeres en iguales circunstancias, en el año en que se aplicaron las entrevistas, se alojaban en el CESAM ubicado en Barrio Nueva Córdoba de la Ciudad. El grupo de estudio quedó constituido por 32 jóvenes de 14 a 18 años, 28 varones y 4 mujeres, que brindaron su consentimiento y asentimiento informado para participar en la investigación. Para la recolección de la información se aplicó la técnica de entrevista guionada (8), con un marco pautado realizándose un planteamiento sucesivo de las directrices temáticas derivadas del objetivo y de la evolución de la entrevista. Las dimensiones consideradas fueron: Tiempo libre, Grupo de pares, Grupo familiar, Costumbres, pautas culturales de contexto, Percepción interiorizada del propio cuerpo (real e ideal), Consumo de sustancias, Proceso salud enfermedad atención. Dichas entrevistas fueron llevadas a cabo por una única investigadora, en forma individual, en los consultorios de los equipos técnicos (psicólogos y trabajadores sociales) de los distintos centros, en un único momento, con una duración aproximada de 50 minutos. Estas tuvieron un marco pautado (167), donde se realizó un planteamiento sucesivo de las directrices temáticas derivada de los objetivos y de la evolución de la entrevista. Las entrevistas fueron grabadas, simultáneamente, durante la situación de entrevista se registró, en un diario de campo, las impresiones, sensaciones,

actitud de los jóvenes y características.

Se obtuvo el corpus específico con la transcripción literal de la desgrabación de las entrevistas. El análisis de la información se realizó siguiendo la Teoría Fundamentada (9). Se utilizaron códigos alfanuméricos para mostrar los casos que sustentan los resultados presentados en este trabajo. El proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos se realizó según se muestra en la siguiente figura.

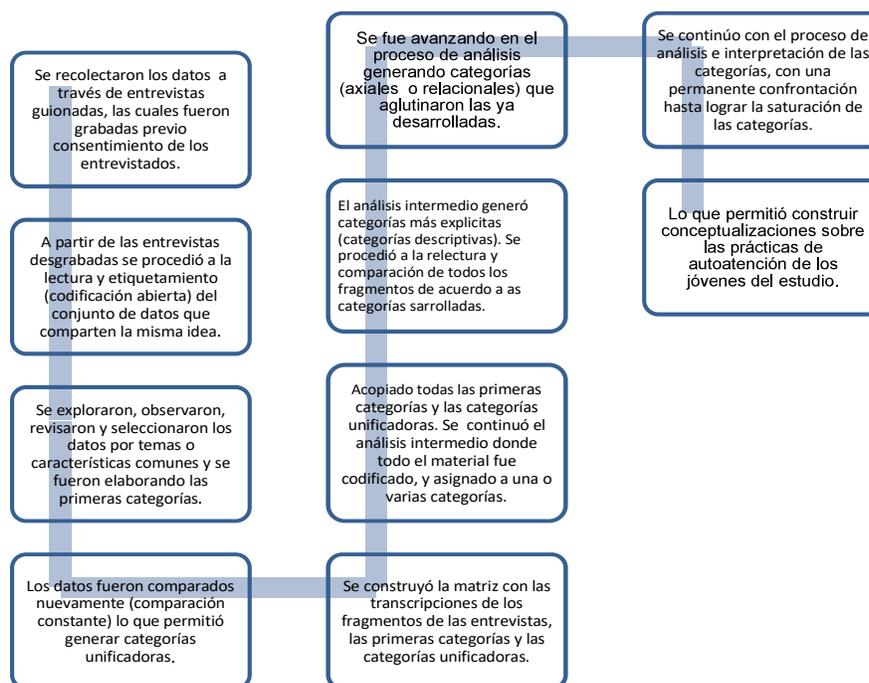


Figura 1. Proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos

Resultados

Características sociodemográficas y del contexto de procedencia del grupo en estudio

En un estudio marco, realizado en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba, del que se desprende el presente trabajo, participaron 70 jóvenes, 94% varones y 6% mujeres, de 14 a 18 años, con una edad media de $16,91 \pm 1,11$, siendo el 37% de 18 años. El 34% de ellos han concluido el nivel primario de educación; 69%, son residentes en la Ciudad de Córdoba y el 69% poseen antecedentes laborales del tipo informal (10). El 29% pertenece a familia tipo nuclear; el 26% tipo monoparental; sólo el 1% de ellos residieron, por decisión judicial, en instituciones de bien público. El rol de jefe de familia es ejercido en un 36% por la madre, el 33% el padre/padrastro, hermanos el 6%, 25% por abuelos/tíos; con ocupación del tipo informal el 67%. El 36% de los jefes de hogar tienen nivel de instrucción primario completo (10). El 93% de los jóvenes participantes de la investigación habitan en casas de construcción del tipo tradicional; cuentan con agua de la red pública el 90% y el 81% disponen de transporte urbano próximos a sus hogares (10).

El proceso de análisis del corpus y las notas de campo registradas caracterizan las distintas formas en que perciben sus contextos de procedencia. Describen formar parte de familias del tipo extendida, en la que se destaca la figura del padrastro. Las actividades realizadas por los integrantes de la familia, se dividen entre la escuela para los más pequeños y laborales para el jefe de familia (madre/padre/padrastro). Entre los motivos de la interrupción

de la escolaridad emerge la mala conducta, y el desinterés por las actividades escolares. Los deportes ocupan el tiempo libre; siendo las actividades ilícitas la principal forma de obtener dinero (10).

Prácticas de autoatención

Los jóvenes refieren prácticas destinadas al cuidado de su cuerpo y el componente bucal con la finalidad de evitar el dolor y la enfermedad (*sentido preventivo*).

“...cuidarme del frío, de las enfermedades .Y... me cuido, tenés que andar abrigado, todo.”(F0003, varón, 16 años).

“Deje el cigarrillo, cuidarme de las comidas por ejemplo”... (F0008, varón, 18 años).

“Me cepillo los dientes, trato de comer pocos caramelos y chicles. Eso me gusta mucho. Siempre compraba chupetines, también alfajores de chocolate” (V0030, 16 años).

Sólo se da ante situaciones de padecimiento, de lo contrario si no hay enfermedad no existen prácticas de autoatención (*sentido curativo*).

“...nunca le preste atención así uh... ¿me iré a enfermar? No, no... hace mucho que nos enfermamos, así no. La verdad nada, yo no me cuido.” (K0022, varón, 18 años).

“...no me preocupó. Nunca me pasó nada, como te dije. Nunca me quebré, nunca me enfermé, nada.” (D0013, varón, 17 años).

“En la calle en realidad no se hace nada para estar sano, si me drogaba, todo, lo único que no hacía es fumar cigarrillos ni tomar alcohol, nada” (I0010, 18 años).

Las prácticas de autoatención intencionales al PSEA (*sentido curativo*) se generan ante el dolor y el padecimiento

“Me ponía hielo, me ponía algo, no podía, no aguantaba”...” ¡No! —sonríe— después con la muelita eso que se llama...no sé cómo es... es como una pasta roja, me ponía así. Ah y también me cansé de curarme con un sapo, me ponía la panza del sapo así (señala la zona de la cara), lo lavaba al sapo y me lo ponía así... Si un montón y ahora no me duele más la muela ésta. Después que me puse el sapo no me dolió más”...” Me lavaba los dientes y se me pasaba” “Rezar, pedirle a Dios que me ayude a estar sano”... (F0008, varón, 18 años).

La mujer, en el rol de madre, es la encargada de guiar el proceso de autoatención

“...le decía a mi mamá, mirá me siento mal, que se yo, como que me toy por engripar. Y bueno mi mamá me compraba algo para la gripe o algo. Ella se daba cuenta. Porque una madre se da cuenta cuando te sentís mal. Ella me ayudaba así o compraba algo para que se me pasara o hacía algo.” (K 0022, varón, 18 años).

“... mi mama sabe lo que me da”... (B0007, varón, 16 años).

“...abrigate te vas a enfermar... ..no tomes mucho” (V0039, varón, 17 años)

Las prácticas de alimentación quedan subordinadas a prácticas que afectan la salud

“...no me gusta comer en todo el día; porque estoy todo el día fumando porro, y no me gusta comer cuando estoy fumado porque se te pasa la locura (se ríe). Interrumpe y aclara... Acá si como todos los días, pero en la calle no. Me gusta solo comer solamente a la noche. No me gusta desayunar, merendar, nada, no me gusta almorzar. Cenar nomás.” (K0022, varón, 18 años).

“...prácticamente ya no estaba en mi casa, ya. A veces comía como a las tres de la tarde, a veces. Algo comía rápido, lomito, algo, lo primero que tenía la rotisería. Desayunar, merendar eso no. A veces no comía en todo el día por las actividades” (G0004, varón, 18 años).

Situación de encierro

La situación de encierro aparece como **factor revelador de una realidad distinta** para estos jóvenes, desde los valores, las emociones, lo físico, incluyendo la significación que dan a la salud del componente bucal.

“No, nunca le di bola a los dientes, ahora... que se yo... porque estoy acá.” (I0010, masculino, 18 años).

“No si ahora, ahora. Si cuando yo estaba en cana tenía picada la de atrás, y la tenía poquito y después se me hizo esa gilada. Y después se me hizo de este lado, la de acá del otro lado se me hizo acá.” (M0009, masculino, 15 años).

“...me cepillo, y acá me hice arreglar todo para que no me duela” (Mr0001, varón, 18 años).

Asimismo, el encierro actúa como **amplificador de sensaciones**, muchas veces asociado a la inaccesibilidad de algunos recursos paliativos a los que tenían fácil acceso cuando estaban en libertad, o en relación a la falta de distracciones relacionados sólo a la situación de tener a mano todas las distracciones.

“No, acá me parece que te duele más, porque afuera te duele un ratito nomás. Afuera hay más cosas. Vas compras pastillas para que te calmen, te fumas un porro, todo (se ríe)” (H0002, masculino, 17 años).

“Casi nunca me agarro dolor de muela, cuando estuve adentro recién, antes no. Por ahí me dolía la cabeza; la cabeza y la muela por ahí. Acá adentro” (F0003, masculino, 16 años)

Discusión y conclusiones

El ‘cuidar’ representa el conjunto de acciones que tienen por objetivo el desarrollo y continuidad de la vida. En relación a ello, la OMS (11) ha definido como “autocuidado” a la capacidad de las personas, las familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y para hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de servicios de salud.

Los avances científicos y tecnológicos, han influido en la conceptualización y formas de aplicación del cuidado. En la última década del siglo XX, (12) Colliere, diferenció dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominando cuidados de costumbre a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación a los relacionados con la necesidad de curar. En la primera de estas categorías, estrechamente relacionada con el concepto de autoatención amplia de Menéndez, ubicamos las prácticas que los jóvenes de nuestro estudio, realizan con el objetivo de cuidar su cuerpo y el componente bucal a los fines de evitar el dolor y la enfermedad (sentido de prevención). Dichas prácticas de cuidados representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida, que son proporcionados por su contexto de procedencia y adquiridos en el proceso de socialización de cada sujeto a medida que aumenta su nivel de desarrollo de autonomía de vida.

Algunos jóvenes del estudio, consideran no tener prácticas de autocuidado porque no las han creído necesarias, o porque nunca se han enfermado (*sentido curativo*). A esta construcción de que “si no hay padecimiento no hay cuidados” aportan dos vertientes de naturaleza muy diferente. Por un lado el pensamiento biopolítico disciplinador de la medicina que ha diseñado un sistema para curar la enfermedad y no para promover la salud, dividiendo el cuerpo y sus funciones y al mismo tiempo separando cuerpo y espíritu, al punto de llevar a utilizar indistintamente, como sinónimos, los términos cuidar y tratar. Desde esta perspectiva se hacen recomendaciones, basadas en evidencias científicas, para evitar la aparición, cronicidad y/o severidad de enfermedades determinadas. Siguiendo esta línea de pensamiento se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas a través de estrategias de prohibición, de imposición, de uso del miedo y de la advertencia hasta llegar al apercibimiento por incumplimiento. El otro aspecto contribuyente a la falta de práctica de cuidado en los jóvenes se relaciona con los cambios físicos, psicológicos, de expresión de sentimientos de rebeldía, diferenciación de la familia nuclear y formación de la personalidad que experimentan los jóvenes, promoviendo en

ellos la sensación de inmunidad al padecimiento. La población joven es la que menos cree requerir apoyo médico o psicológico para cuestiones de higiene, alimentación, sexualidad, adicciones, etc. (13,14).

En investigaciones realizadas en jóvenes de Lima, Perú (15) y Córdoba, Argentina (14) las prácticas de autocuidado resultaron insuficientes o inadecuadas. En nuestro estudio, los jóvenes reconocen que una vez instalado el padecimiento aplican prácticas de autoatención intencionales al proceso de salud/ enfermedad/ atención (*sentido curativo*) respondiendo así a la necesidad de los sujetos y sus microgrupos de desarrollar estrategias para convivir o superar el padecimiento.

Estas prácticas comprenden las formas de atender los padecimientos y enfermedades más frecuente y constante en la vida cotidiana incluyendo según Menéndez, las experiencias de personas y familias en sus modos de significar y producir cuidados, emprendiendo trayectorias que articulan los saberes populares y biomédicos (16).

En los testimonios, se puso en evidencia un itinerario terapéutico mixto, (*Me ponía hielo..., con la muelita eso que se llama...no sé cómo es... me ponía la panza del sapo.... Me lavaba los dientes y se me pasaba... “Rezar...”*) con la puesta en práctica de un saber reconvertido por lazos interpersonales y de confianza ligados principalmente a la tradición familiar. Sin dejar de lado las indicaciones médicas, se construye una forma de atención que puede ser replicada en el grupo de pertenencia para la recuperación de la salud. En este marco la automedicación obedece a una lógica de prácticas singulares, que sin responder exclusivamente a la ciencia biomédica, la incluyen en representaciones construidas en base a una amplia red de asociaciones entre creencias religiosas y experiencias familiares. El análisis de las entrevistas muestra que el autocuidado se inicia en el ámbito doméstico en donde se destaca el rol de la madre como guía de ese proceso; coincidiendo con otros estudios (17) que también señalan que en el ámbito doméstico el cuidado de la salud lo proporcionan las mujeres, como algo más amplio que la simple lucha contra la enfermedad; es más bien como un pensar materno (18)“... *mi mamá sabe lo que me da*”... Un saber, hasta el presente, esencialmente femenino, que facilita las condiciones para un desarrollo saludable.

Las personas viven una realidad biológica atravesada por la estructura socio-cultural en la que viven. Las prácticas de autocuidado responden al contexto y modelos de crianza y de liderazgo en los que los jóvenes han participado durante su crecimiento y desarrollo (19). Cambios en el contexto de desempeño pueden generar modificaciones en las prácticas de autocuidado, como sucede con los hábitos alimentarios y el consumo de sustancias tóxicas según lo refieren los propios entrevistados, quienes relatan diferentes prácticas de alimentación según se trate de, *antes* (ámbito familiar o contexto de procedencia), *la calle* (espacio del trabajo delictivo), *ahora, acá* (alojados en centros socioeducativos del Área Penal). Si bien reconocen la importancia de una alimentación saludable y de no consumir sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc.), *en la calle*, desestiman dichas prácticas de autocuidado, argumentando falta de tiempo por sus actividades y la necesidad de sentirse mejor. Aunque el consumo de drogas representó para los jóvenes del estudio una forma de dañar su salud, también pudo permitirles eludir malestares. Al respecto, Freud (20) definió a los tóxicos como “quitapenas” que permiten a los sujetos refugiarse en un mundo que ofrece otro tipo de sensaciones. Por su parte quienes abusan de las drogas presentan hábitos alimenticios poco saludables; (10) asimismo, la ansiedad generada por la abstinencia a ciertas sustancias puede contribuir al consumo excesivo de alimentos (21). Situación ésta, que conduce a que las prácticas de alimentación queden subordinadas a prácticas que afectan la salud, como es el consumo de marihuana u otras sustancias psicoactivas.

La situación de encierro, contexto al que los entrevistados se refieren como “*ahora / acá / adentro / las rejas*” muestra **otra realidad y amplifica sensaciones**. Realidad que produce en los jóvenes un punto de quiebre en la manera que vivencian, piensan y construyen los

diversos eventos, marcando la diferencia entre “el afuera / la calle” y” lo que lleva a considerar el PSEA como un proceso integral, psíquico y afectivo, que les permite reconocer como protectores, los hábitos saludables, siendo la emocionalidad el principal condimento de su calidad de vida. Por lo que se podría concluir que los jóvenes en situación de encierro definen sus prácticas de autoatención relacionadas a evitar el padecimiento y la enfermedad. La situación de encierro, acrecentaría las sensaciones, muchas veces asociada a la inaccesibilidad a algunos recursos paliativos del dolor y/o a todo tipo de distracciones a las que accedían en libertad.

Referencias bibliográficas

1. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 12(2):128-36.
2. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1):185-207.
3. Sacchi M, Hausberguer M, Pereyra A. Percepción del proceso salud enfermedad atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la Ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. 2007; 3(3):271- 283.
4. Burak SD. Adolescencia y juventud. Viejos desafíos en los albores del nuevo milenio. En: Burak SD (comp). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Libro Regional Universitario [Internet]. Costa Rica: Ed. Tecnológica; 2001.p.20-36. [Consultado 20 de Julio de 2011]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
5. Moreno Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica *Salud Pública de México*. [Internet] 2007 [Consultado 20 de Julio de 2015]; 49(1):63-70. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>
6. Menéndez E. De sujetos saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.p.25-72.
7. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)/OMS Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. [Internet]. 2002. [Consultado 20 de febrero de 2011]. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
8. Corin E. The social and cultural matrix of health and disease. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR. *The Determinants of Health Populations* [Internet]. New York: Routledge; 1994.p.93-132 [Consultado 19 de Diciembre 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.ar>
9. Strauss A, Corbin J. *Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria*. *Rev Qualitative Sociology*. 1990; 13(1):3-21.
10. Barnethe MM. Calidad de vida y proceso salud enfermedad atención a nivel del componente bucal en jóvenes alojados en centros socioeducativos del Área Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba. [Tesis] [Internet]. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 2017 [Consultado 27 de Octubre 2017]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/4994>.
11. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2014). Self care for health. WHO Regional Office for South-East Asia. [Internet].1914 [Consultado 19 de Abril 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205887>
12. Uribe Jaramillo TM El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 1999; 17(2):109-118.
13. de la Fuente-Maldonado VM, Omaña-Martínez V, SooRan Lee-Chun R, Alavéz-Orato BC, Peña-Carrillo HI, Sierra-Castañeda E. Teens’ knowledge and actions on healthself-care *Rev CONAMED*. 2011;16(1):29-33.

14. Carletto-Körber F, Isla C, Abraham L, Cornejo LS. Knowledge, attitudes, practices and oral health status in adolescents of the city of Córdoba, Argentina. *J Oral Res.* 2018; 7(9):418-425. doi: 10.17126/joralres.2018.085
15. Barrenechea Lagos DA, Flores Medina GI, Sulca Campana EK. Self Care Practices in the Physical, Social and Psychological Dimensions in Adolescents of Education, March 2018. [Tesis] [Internet]. Facultad de Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Silva. 2018 [Consultado 20 de Marzo de 2019]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/4381/Practicas_BarrenecheaLagos_Dora.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos *Desacatos.* 2018; 58:104-113.
17. Fernando Ramírez-de la Roche O, Hamui-Sutton A, Fuentes-García R. Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México *Atem Fam.* 2013; 20(3):91-95.
18. Hernández, M. Arenas, R. Valde El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana *Rev Saúde Pública.* 2001; 35 (5):443-450.
19. Aguilar Guzmán O, Carrasco González MI, García Piña MA, Saldivar Flores A, Ostigüin Meléndez RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos 200 *Rev Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.* 2007; 4(2): 26-30.
20. Freud S. *El malestar en la cultura.* Madrid España Editorial AKAL 1917. 172 pp.
21. Velázquez Altamirano M, Córdova Alcaráz AJ, Rodríguez Kuri SE, Fernández Cáceres C. Prácticas de autocuidado en adolescentes en tratamiento por el consumo de drogas. *Alternativas en Psicología.* 2019; 41:8-21.

RELACIÓN ENTRE COMPETENCIAS PROFESIONALES Y LABORALES DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

RELATION BETWEEN PROFESSIONAL AND OCCUPATIONAL SKILLS OF DENTAL SURGEONS IN PRIMARY HEALTH CARE

RELAÇÃO ENTRE AS HABILIDADES PROFISSIONAIS E OCUPACIONAIS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Resumen

Las competencias profesionales (CP) y laborales (CL) en el sector salud deben estar orientadas para Atención Primaria en Salud (APS). **Objetivo:** Determinar la relación entre las CP de atención primaria establecidas por el Colegio Odontológico del Perú (COP) con las CL de cirujanos dentistas que trabajan en los centros de primer nivel de atención. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y correlacional, en una muestra no probabilística intencional, de 65 Cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud adscritos a las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima del Ministerio de Salud (MINSA). Se aplicó un cuestionario, estructurado en base a CP en APS establecidas por el COP y MINSA. **Resultados:** No se encontró relación entre el cumplimiento de las CP y CL. **Conclusiones:** La relación establecida indica que el nivel de atención y las intervenciones de promoción de la salud estomatológica serán útiles.

Palabras clave: cirujanos; odontólogos; atención odontológica.

Felix Alberto
Caycho Valencia

Universidad Norbert Wiener y
Ministerio de Salud y Escuela
Nacional de Salud Pública.
Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8241-5506>
Contacto: fcaycho139@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.28163>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 13 de abril de 2020.
Aprobado: 18 de febrero de 2021.

Abstract

Professional competencies (PC) and labor competencies (CL) in the health sector should be oriented to Primary Health Care (PHC). **Objective:** To determine the relationship between primary care CPs established by the Peruvian Dental Association (Colegio Odontológico del Perú, COP) and the CLs of dental surgeons working in first-level care centers. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, and correlational study, in an intentional non-probabilistic sample, of 65 dental surgeons working in health facilities attached to the Directorates of Integrated Health Networks in Lima of the Ministry of Health (MINSA). A questionnaire was applied, structured on the basis of CP in PHC established by the COP and MINSA.

Results: No relation was found between compliance with CP and CL. **Conclusions:** The relation established indicates that the level of care and the dental health promotion interventions will be useful.

Keywords: Surgeons; dentists; dental care.

Resumo

As competências profissionais (PC) e trabalhistas (CL) no setor de saúde devem ser orientadas para a Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Determinar a relação entre os CPs de atendimento primário estabelecidos pela Associação Odontológica do Peru (Colegio Odontológico del Perú, COP) e os CLs dos cirurgiões-dentistas que trabalham em centros de atendimento de primeiro nível. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e correlacional, em amostra intencional não-probabilística, de 65 cirurgiões-dentistas trabalhando em unidades de saúde adstritas às Direções de Redes Integradas de Saúde em Lima do Ministério da Saúde (MINSA). Foi aplicado um questionário, estruturado com base no CP em PHC estabelecido pela COP e MINSA. **Resultados:** Não foi encontrada relação entre o cumprimento da CP e CL. **Conclusões:** A relação estabelecida indica que o nível de atendimento e as intervenções de promoção da saúde bucal serão úteis.

Palavras-chave: cirurgiões; dentistas; assistência odontológica.

Introducción

El término atención primaria en salud fue acuñado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, en septiembre 1978, organizada por OMS/OPS y UNICEF, en la cual participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales (1). En dicha conferencia se propuso la creación de modelos de salud que reflejen integración e inclusión, donde valores como justicia, equidad e innovación, sean el empuje en la construcción de un mundo justo, saludable, próspero y feliz (2). Así, el espíritu del Alma-Ata expresa la necesidad urgente de actuación por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo, teniendo como meta principal fijar estrategias que lleven “Salud para Todos en el año 2000”(1). Así, La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve el desarrollo de los sistemas de salud basados en la APS, tomando en cuenta el espíritu de Alma Ata (3).

La gestión por competencia en el mundo de las competencias, se divide en dos grandes áreas: las “competencias profesionales” en el campo de la formación y las “competencias laborales” en el campo del trabajo; por lo que el 19 de mayo del 2006 se aprobó la Ley N° 28740 “Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa”-SINEACE y que en su art. 5° menciona como propósito el de “optimizar

los factores que inciden en los aprendizajes y en el desarrollo de las destrezas y competencias necesarias para alcanzar mejores niveles de calificación profesional y desempeño laboral (4,5).

Las competencias laborales son definidas por la Autoridad Nacional del Servicio Civil del Perú SERVIR, como los comportamientos observables para el desempeño, referido específicamente a los conocimientos, habilidades y actitudes (6). La introducción de la gestión por competencias en el sector salud abarca una serie de procesos que incluye la identificación, estandarización, evaluación y certificación de competencias a fin de que dichas competencias queden establecidas y sean implementadas en las diferentes áreas o especialidades de trabajo u ocupación en que se desenvuelven los colaboradores. El objetivo de las evaluaciones de desempeño tradicionales, es proporcionar una descripción exacta y confiable de la manera en que el empleado lleva a cabo el puesto (7). Cuando un programa de evaluación de competencias está bien planeado, coordinado y desarrollado, normalmente trae beneficios a corto, mediano y largo plazo, beneficiándose, los evaluados, el jefe, la empresa y la comunidad (8).

De acuerdo al Ministerio de Salud, en el caso de medicina, enfermería, obstetricia y odontología, la oferta privada ha superado la oferta pública y no debería permitirse que sigan creándose facultades en universidades, si no hay docentes o personas preparadas para hacerlo. Pero el problema no sólo es la cantidad creciente de facultades, sino el contenido de los currículos de formación, las mismas que no responden a los requerimientos de la población (9). De allí la necesidad de definir las competencias profesionales del sector, que dirija los perfiles del personal de salud del país.

En el Perú, la condición de Salud Bucal, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades odonto-estomatológicas, con prevalencias del 90% de caries dental, 85% de enfermedad periodontal y 80% de mal oclusión, conformando un problema de salud pública. Por esta razón, dentro de los lineamientos de la política del Ministerio de Salud se establece impulsar las actividades preventivas y promocionales de la salud a fin de reducir los altos índices de morbilidad en especial en la población infantil (10). Tomando en cuenta el grado de segmentación y/o unificación de los sistemas de salud peruano, junto con las posibilidades y limitaciones para implementar las competencias de APS en los profesionales en odontología, se consideró como objetivo de este estudio, determinar la relación entre las competencias profesionales de atención primaria establecidas por el Colegio Odontológico del Perú con el nivel de competencias de cirujanos dentistas que laboran en los establecimientos del primer nivel de atención en el ámbito de Lima Metropolitana, basado en su percepción y con miras a proponer estrategias para la reorganización del sistema.

Métodos

La presente investigación se planteó con diseño no experimental, de corte cuantitativo, tipo descriptivo, transversal y correlacional. Con una muestra de 75 cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud adscritos a las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Norte del Ministerio de Salud (MINSA), basado en un muestreo no probabilístico intencional, dependiendo del cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión: cirujanos dentistas que le fueron evaluadas sus competencias profesionales en el Colegio Odontológico del Perú (COP), para fines de certificación; cirujanos dentistas que confirmaron su participación para ser evaluadas sus competencias laborales en establecimientos de salud; y cirujanos dentistas a quienes una vez explicados los objetivos de este estudio aceptaron participar en el mismo, firmando un consentimiento informado. Los cirujanos aplicaron un cuestionario cerrado dicotómico de respuestas: “si cumple” y “no cumple”; dividido en dos partes, una sobre competencias profesionales, conformado por 4 preguntas en base a las dos competencias de la APS de: necesidad y promoción de

salud estomatológica; y la otra, sobre competencias laborales, estructurado por 32 ítems basados en las cinco competencias profesionales establecidas por el Ministerio de Salud: elaboración de informes y organización de datos; gestión y organización de servicios; intervención de mejora y cobertura de servicios; vigilancia epidemiológica; e intervención en salud y prevención de riesgos.

En la elaboración de los instrumentos, a fin de seleccionar las competencias laborales idóneas para la valoración en este estudio, así como la elaboración de cada uno de los constructos, antes de su aplicación, ambos instrumentos fueron sometidos a juicios de expertos y prueba piloto, para determinar la validez y consistencia interna de cada ítem. Así para la validación, siguiendo las recomendaciones de Hamui-Sutton y Varela-Ruiz (11), se empleó la técnica de grupos focales (focus group) seleccionando tres profesionales o grupo de expertos, que cumplieran con los requisitos de: contar con el título profesional de cirujano dentista, con maestría o especialidad bien sea en: salud pública; gerencia de servicios de salud; salud familiar y comunitaria; o recursos humanos; que trabajaran en los servicios de salud públicos, con buenos resultados en sus evaluaciones laborales y con una experiencia de más de ocho años en la especialidad; y poseer categoría docente de profesor principal, asociado, auxiliar o invitado.

Para la confiabilidad, se convocaron a 15 profesionales en Odontología de una Red de Servicios que laboraban en otro establecimiento de salud, incluso de otro distrito de Lima, y los resultados fueron analizados mediante el coeficiente alfa de Cronbach con 95% de confianza y 5% de error. Así en la tabla 1 se muestran los valores de significancia (p) obtenidos en los ítems que finalmente fueron seleccionados para el cuestionario.

Los datos fueron procesados por estadística descriptiva, mediante la ordenación de distribución de frecuencias (porcentajes). Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se determinó que los datos no presentaban distribución normal, por lo que se empleó como índices estadísticos inferenciales en la determinación del grado de correlación entre las diferentes competencias a comparar, el Phi o coeficiente de correlación de Mathews y el nivel de significancia se determinó con la prueba de Chi cuadrado. La relación entre las competencias profesionales y laborales de forma global, se determinó mediante la prueba Rho de Spearman. Los análisis se realizaron con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Versión 21.

Resultados

Con la participación del grupo de expertos se elaboró un cuestionario para valorar el cumplimiento de las competencias profesionales y laborales vinculadas a la APS.

La tabla 1 presenta los resultados obtenidos en cuanto a la confiabilidad del cuestionario administrado.

Tabla N° 1: Confiabilidad del cuestionario sobre competencias profesionales y laborales de los cirujanos dentistas

Variables	Dimensiones	N° de ítems	Respuesta	Frecuencia absoluta de los ítems	Alfa de Cronbach
Competencia profesional	Necesidad de atención estomatológica	2	Si Cumple	128	0,957
			No Cumple	28	
	Promoción de la salud estomatológica	2	Si Cumple	124	0,814
			No Cumple	26	
Competencia laboral	Elabora informes de organización del dato	7	Si Cumple	357	0,939
			No Cumple	168	
	Aplica estrategias intervención en promoción salud y prevención de riesgos	7	Si Cumple	476	0,992
			No Cumple	77	
	Aplica intervención de mejora y cobertura servicios	6	Si Cumple	420	0,973
			No Cumple	30	
	Elabora propuesta intervención gestión y organización servicios	6	Si Cumple	324	0,963
			No Cumple	126	
	Elabora evidencias científica de los problemas prevalentes de vigilancia epidemiológica	6	Si Cumple	312	0,953
			No Cumple	138	
Σ				2734	

La figura 1 muestra la perspectiva de los cirujanos dentistas respecto al cumplimiento de las competencias, medida en las 2734 respuestas contenidas en los 36 ítems, denotándose que la mayoría 85,33% (n=64) y 82,67% (n=62) perciben que las competencias profesionales relacionadas con la promoción en salud y necesidad de atención, respectivamente,

son practicadas durante su ejercicio profesional, mientras que, con las competencias específicas asociadas directamente con la práctica laboral, ocurre todo lo contrario, el 70% (n=53) y 92% (n=69) de los encuestados considera que no se cumplen en términos de elaboración y aplicación respectivamente.



Figura 1. Perspectiva del cumplimiento de las competencias profesionales (CP) y laborales (CL) por los cirujanos dentistas adscritos a la DIRIS de Lima Norte, MINSA

En cuanto a la existencia de correlación entre el cumplimiento de las competencias profesionales y laborales, se obtuvo una significancia $p=0,778$ y un coeficiente $Rho=-0,033$, indicando que no hay relación entre las competencias. Sin embargo, al analizar las sub competencias, se determinó que solo hay asociación significativa ($p<0,05$) pero baja con $\Phi=-0,280$ y $-0,244$, entre las competencias profesionales de “necesidad de atención en salud” y “promoción de salud” con la competencia laboral de “elabora propuesta de intervención-gestión y organización de servicios”, respectivamente. Los Coeficientes Φ negativos indican que la relación es inversa, es decir, a medida que aumentan las puntuaciones obtenidas en cada competencia profesional evaluada, se aprecian menores puntuaciones correspondientes en la competencia laboral (Tabla 2).

Tabla N° 2: Correlaciones entre las competencias profesionales y laborales en el ámbito laboral de los cirujanos dentistas adscritos a la DIRIS de Lima Norte, MINSA, mediante Chi cuadrado y coeficiente de Mathews (Phi)

Competencias Laborales	Competencias Profesionales				F.A. No cum- pli- miento	F.R No cum- plimiento
	Necesidad de Atención		Promoción en Salud			
	Valor p	Phi	Valor p	Phi		
Elabora informes de organización del dato	0,280	-0,125	0,178	-0,156	51	17,30%
Aplica intervención de mejora y cobertura de servicios	0,224	-0,140	0,204	-0,147	68	23,05%
Elabora evidencias de problemas prevalentes en vigilancia epidemiológica	0,702	0,044	0,7888	-0,033	52	17,63%
Aplica estrategias de intervención en promoción salud y prevención de riesgos	0,647	0,053	0,142	-0,170	70	23,72%
Elabora propuesta de intervención gestión y organización de servicios	0,0163	-0,280	0,035	-0,244	54	18,30%
Σ					295	100%

Discusión y conclusiones

El Colegio Odontológico del Perú (COP) en el año 2013 para fines de certificación profesional, elaboró competencias profesionales del cirujano dentista general en seis ámbitos profesionales tales como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, prestación, gerencia, capacitación/docencia e investigación. Asimismo, el COP formuló las normas de competencias e instrumentos de evaluación, siendo revisadas y actualizadas en el año 2014 (12). Para fines de este estudio se tomó en cuenta el informe de evaluación de certificación de competencias del COP, donde se priorizan las competencias vinculadas a la APS como identificar las necesidades de salud estomatológica del individuo, atender las necesidades de salud del individuo y la promoción y prevención en salud, trabajándose sobre ellas para la elaboración del instrumento de evaluación de las competencias profesionales y laborales consideradas de vital importancia en la APS, ya que complementan al sistema de salud dando respuesta a las necesidades en salud, en el ámbito individual, familiar y de la comunidad (2).

En el caso de las competencias laborales para el sector salud, estas deben enfocarse en la gestión de los recursos humanos, basadas en el desarrollo de las competencias específicas de los profesionales, considerando al capital humano, como el recurso más importante con que cuenta una organización, para el logro de las metas y objetivos, dado sus conocimientos, capacidades intelectuales, habilidades y destrezas que poseen y emplean en su desempeño laboral (13).

Las competencias laborales tienen una gran importancia en el personal de salud respecto de las competencias profesionales, ya que de ello depende la calidad de atención que re-

ciben los usuarios de las instituciones privadas o públicas. Así pues, dichas competencias laborales tienen que encontrarse alineadas con los objetivos de las instituciones prestadoras de salud, así como del sector salud y del país. En este sentido, llama la atención, la perspectiva de los cirujanos dentistas frente al cumplimiento de las competencias, entre las cuales, perciben mayor cumplimiento en el área de las competencias profesionales que de las específicas o laborales. Se observa entre las laborales, porcentajes de cumplimiento entre 8 y 29%. 8% con la competencia “elabora informes de organización del dato” como la de menor cumplimiento, indicando que los profesionales presentan un bajo criterio de la importancia que implica la organización de datos y elaboración de informes, los cuales son fuente base para el análisis de desempeño, que permite detectar las debilidades y fortalezas, a fin de orientar las adecuadas acciones correctivas a implementarse y esto en cualquier nivel de atención (14).

Asimismo, la competencia laboral “aplica intervención de mejora y cobertura de servicios”, con 29% de cumplimiento, refleja que al menos las dos terceras partes de los cirujanos encuestados no la cumple, siendo esta competencia muy importante en lo que se refiere al aumento del nivel de atención, que contribuye efectivamente dentro de las directrices de la APS: que la salud llegue a todos por igual (2). De modo indirecto podría indicar que las políticas de estado no están siendo cónsonas con estos principios de equidad, al menos en el ámbito de la salud dental, a pesar de los esfuerzos desde el Ministerio de Salud cuando inicia la reforma regulatoria de atención en salud, en el año 2013, normas que buscaban fortalecer la capacidad de los procesos en seguridad sanitaria con el fin de aumentar la cobertura (14). Un estudio similar, en una institución del sector salud en Perú, observó que los trabajadores del Gobierno Regional en un 67% no satisfacen las competencias laborales genéricas que demandan sus referidos cargos, asociado posiblemente a una deficiente formación en las competencias, disminuyendo la efectividad en el abordaje de los problemas en salud que se presentan (15).

Por otra parte, cuando se evalúa la correspondencia entre las competencias profesionales y laborales, en relación al cumplimiento de estas, el estadístico utilizado no encontró relación entre las variables. Sin embargo, se espera que exista una complementariedad entre las competencias profesionales, o perfiles del profesional y las competencias en el ámbito laboral, para que se logre el enlace entre el conocimiento y las habilidades en los diferentes procesos de su desempeño (13).

La regulación en el sector salud es una prioridad y una necesidad en la salud pública (16), y es a partir de esta que se desarrollan los perfiles académicos, en respuesta a las necesidades en el ámbito laboral y que además se adecúe a los requerimientos de la sociedad. Estudios similares, pero en otros rubros, muestran que los profesionales perciben como más importantes las competencias laborales que las profesionales, y esto debido en parte que de ellas depende su desempeño y éxito en su ambiente de trabajo (17,18). Sin embargo, en cualquier área de conocimiento, debido al hecho de que los profesionales siempre deben de estar en constante renovación, es inevitable que ocurran desfases entre las competencias laborales y perfiles de egresados (17), por lo que siempre se presentan brechas entre los sectores (18). Lo importante es que el estado supervise y adecue las normativas constantemente.

Asimismo, en este estudio, se evaluó la correspondencia entre cada una de las competencias laborales y las profesionales, observándose que no hay correlación en ninguno de los casos a excepción de “elabora propuesta de intervención-gestión y organización de servicios” competencia laboral, con las competencias profesionales “necesidad de atención” y “promoción en salud”, con un nivel de significancia $p < 0,05$ y coeficientes Phi menor de 0,4 y negativos, lo que indica que existe una suave o ligera e inversa relación entre ambas variables, que pudiera interpretarse como, que la “gestión y organización” no se está viendo efectiva en la práctica de la necesidad de atención ni en las intervenciones de promoción de salud dental existentes, es decir, la cobertura de atención ni las intervenciones de

promoción de la salud estomatológica serán eficaces y útiles, siempre y cuando la gestión y organización de los servicios a nivel intramuros sea realmente la adecuada.

En este caso, señala Velásquez (19), en el sector salud para desarrollar niveles de gestión eficientes, es necesario que exista correspondencia entre los criterios con que se trabaja en los diferentes niveles de acción, específicamente entre investigadores, políticos y gerentes, a fin de que se incorporen las decisiones relacionadas con planeación, diseño y operación, en todo nivel, como estrategia de relacionamiento en mejora de la comunicación.

Para el adecuado funcionamiento de la salud pública del país, la reglamentación actualizada es una necesidad, ya que se favorece la atención médica de calidad, pues se toman en cuenta las necesidades de la sociedad (16).

Es necesario hacer corresponder el desempeño laboral de los profesionales del sector salud, en específico de los cirujanos dentistas, con las metas y estrategias que se planifican en el sector y en el país y para esto es de importancia identificar las contribuciones de cada trabajador en el alcance de los objetivos planteados desde el Ministerio de Salud, lo cual permite a su vez, la creación de las competencias profesionales.

Para esto, es necesario enfocar las competencias en la formación y evaluación del desarrollo de los cirujanos dentistas que laboran en los diferentes niveles de atención en salud. Asimismo, se debe proponer a la autoridad sanitaria nacional (Ministerio de Salud), la ejecución de actividades de capacitación en los servicios sobre las competencias profesionales definidas relacionadas con las funciones de promoción de la enfermedad y prevención de riesgos y daños; la investigación y vigilancia en salud; y contribuir al desarrollo de la especialidad “Salud Familiar y Comunitaria” para los profesionales cirujanos dentistas que laboran en el primer nivel de atención.

Igualmente, intervenir para que expertos, docentes y profesionales en Odontología, sean tomados como referentes en las discusiones para la validación, ampliación y profundización de las metodologías, que se aplican a nivel nacional como política pública en salud con énfasis en APS. E Incorporar estrategias metodológicas como herramienta de evaluación de dichas competencias que le corresponden a los cirujanos dentistas, en el marco de implementación de las políticas de recursos humanos en salud.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. 2007. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
2. Carbone F, Tejada de Rivero D, Sánchez T, Ormachea J, Sánchez I. Alma Ata: experiencias que validan sus propuestas 40 años después, para proyectarlas al futuro. *An Fac med.* 2019;80(2):222-228. doi: <https://10.15381/anales.802.16419>
3. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Serie N°1: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS/OMS. 2008. Recuperado de: <https://www.observatoriorh.org/es/sistemas-de-salud-basados-en-la-atencion-primaria-de-salud-estrategias-para-el-desarrollo-de-los>
4. García A. Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa. Pub. L. 2007; (28740):1.
5. Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa. Certificación de Educación Superior – Sineace | Sistema Nacional de Evaluación. SINEACE. 2016. Recuperado de: <https://www.sineace.gob.pe/certificacion/certificacion-de-educacion-superior>
6. García H, Carrasco I. Guía Técnica para la Identificación de Competencias y Diseño

- de Estándares e Instrumentos de Evaluación de Competencias Específicas con el Enfoque Funcional (Primera). 2014. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/MINSA%201870.pdf>
7. Werther W, Davis K. Administración de recursos humanos. El capital humano de las empresas. México, McGraw Hill. 2008. Recuperado de: <https://cucjonline.com/biblioteca/files/original/c2f2989d851e80e2cc6aa0ebf3a54cb0.pdf>
 8. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. México, McGraw-Hill Interamericana, 2018.
 9. Ministerio de Salud. Competencias Laborales para la mejora del desempeño de los Recursos Humanos. Serie Documentos Técnicos Normativos de Recursos Humanos en Salud N° 2. MINSA. 2011. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/dgg-drh/libros/pdf/s2/II-2.%20Competencias%20Laborales%20para%20la%20mejora%20de%20desempe%C3%B1o%20de%20los%20Recursos%20Humanos%20en%20Salud.pdf>
 10. Ministerio de Salud. Módulo de Promoción de la Salud de la Higiene Bucal en el marco del Plan de Salud Escolar y la atención odontológica integral a la población asegurada al SIS. Recuperado de: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06_prevenccion/prevenccion_2031.asp
 11. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. Investigación en Educación Médica. 2013;2(5):55-60 doi: [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)
 12. Carrasco CV. Los escenarios posibles de la certificación profesional en el Perú 2015-2021. Congreso Internacional “Calidad del ejercicio profesional en el Perú, aportes de la Certificación de Competencias y Nuevos Desafíos. “Libro de memorias”. [Internet] Lima: Sineace; 2014 [citado el 12 de marzo de 2020] p.49-66. Disponible en <http://repositorio.sineace.gob.pe/repositorio/bitstream/handle/sineace/334/LeonardoDoloresCorrecci%C3%B3n%20de%20estilo%20al%20documento%20Congreso%20Internacional%20Certificacion.docx?sequence=1>
 13. Morales-García MH, Priego-Álvarez HR, Delgado-León SY. Coaching para el desarrollo de competencias profesionales y personales en el equipo de trabajo odontológico. Revista Administración Contemporánea. Revista de Investigación. 2019; 15(36):4-17.
 14. Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33:546-555. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>
 15. Guanilo CA. Evaluación de competencias laborales genéricas en una organización regional pública, año 2015. Ex Cathedra en negocios. 2016;1(1): 29-29.
 16. Frontanilla RTS, Gómez SA. Reglamentación del ejercicio profesional en medicina y odontología en Paraguay: una necesidad de Salud Pública. Rev Bras Odontol Leg. 2018; 5(3):44-51.
 17. Ventura R, Roca-Cuberes C, Corral-Rodríguez A. Comunicación Digital Interactiva: valoración de profesionales, docentes y estudiantes del área de la comunicación sobre las competencias académicas y los perfiles profesionales. Revista Latina de Comunicación Social, 2018;73:331-351. doi: 10.4185/RLCS-2018-1258
 18. Bello CJF, Palacios-Chavarro JA. Competencias profesionales de mayor importancia y aplicabilidad para el publicista en Bogotá (Colombia). Revista Encuentros. 2019; 17(2):67-79. doi: <http://dx.doi.org/10.15665/encuent.v17i02.1415>
 19. Velásquez A. Investigación en políticas y sistemas de salud para la gestión basada en evidencias. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018; 35(3):371-372. doi: 10.17843/rpmesp.2018.353.3978

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

SOCIAL CONSTRUCTION OF SUPPLEMENTATION WITH MULTIMICRONUTRIENTS IN MOTHER'S CHILDS OF THREE YEARS

CONSTRUÇÃO SOCIAL DE SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA MÃES DE MENORES DE 3 ANOS

Lilía María Nieva-Villegas¹,
Sonia Cristina Vermelho²,
Susy Rosales Pariona³

¹Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja "Daniel Hernández Morillo". Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9889-6332>

²Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2205-8070>

³Universidad Nacional del Centro del Perú. Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2749-9596>
Contacto: lilianievav@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.27922>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 12 de marzo de 2020.
Aprobado: 14 de julio de 2021.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar la construcción social del fenómeno de suplementación con multimicronutrientes (MMN) "chispitas", considerada como una de las principales actividades preventivo-promocionales en salud. El estudio es de naturaleza cualitativa, donde se realizaron entrevistas abiertas a madres asistentes al establecimiento de salud de "Huacrapuquio", Perú, con la finalidad de explorar las barreras en la suplementación, en base a las categorías: intra/interindividual, institucional y comunal. Se evidenciaron los siguientes resultados: negación a la suplementación en las madres por los efectos secundarios de los suplementos, la ineficaz respuesta de la enfermera y el sistema de salud ante los efectos secundarios, la centralidad del sistema de salud en el cumplimiento de indicadores o metas, como porcentaje de niños que reciben los multimicronutrientes sin el seguimiento efectivo; esta presencia de opiniones negativas de la comunidad se convierte en una fuerte barrera a la adherencia de los micronutrientes. Se propone flexibilizar las políticas de salud, para poder realizar adecuaciones culturales y /o elecciones personales para la mejor adherencia a estos suplementos.

Palabras clave: enfermería en salud comunitaria; micronutrientes; nutrición infantil.

Abstract

This research aims to analyze the social construction of the phenomenon of multimicronutrient supplementation (MMN) «sparks», considered as one of the main preventive-promotional health activities. The study is of a qualitative nature, where open interviews were conducted with mothers attending the health establishment of “Huacrapuquio”, Peru, in order to identify barriers in supplementation according to the categories: intra / interindividual, institutional and communal. The following results were evidenced: denial of supplementation in mothers due to the side effects of the supplements, the ineffective response of the nurse and the health system to side effects, the centrality of the health system in the fulfillment of indicators or goals, as a percentage of children receiving multimicronutrients without effective monitoring; This presence of negative opinions of the community becomes a strong barrier to the adherence of micronutrients. It is proposed to make health policies more flexible, in order to make cultural adjustments and / or personal choices for the best adherence to these supplements.

Key words: community health nursing; micronutrients; infant nutrition.

Resumo

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a construção social do fenômeno da suplementação com multimicronutrientes (MMN) «chuviscos», considerada uma das principais atividades preventivas-promocionais em saúde. O estudo é de natureza qualitativa, onde foram realizadas entrevistas abertas com mães atendidas no estabelecimento de saúde «Huacrapuquio», Peru, a fim de explorar as barreiras da suplementação, a partir das categorias: intra / interindividual, institucional e comunitária. Os seguintes resultados foram evidenciados: negação da suplementação pelas mães devido aos efeitos colaterais dos suplementos, resposta ineficaz da enfermeira e do sistema de saúde aos efeitos colaterais, a centralidade do sistema de saúde no cumprimento de diretrizes ou metas, como porcentagem de crianças recebendo multimicronutrientes sem monitoramento efetivo; Essa presença de opiniões negativas da comunidade torna-se uma forte barreira para a adesão aos micronutrientes. Propõe-se a flexibilização das políticas de saúde, a fim de fazer ajustes culturais e / ou escolhas pessoais para a melhor adesão a esses suplementos.

Palavras-chave: enfermagem em saúde comunitária; micronutrientes; nutrição infantil.

Introducción

Se considera la problemática de la anemia a nivel mundial como uno de los más importantes, por ser una de las causas del incremento de la mortalidad infantil, materna, perinatal, discapacidad, menor productividad, bajo peso al nacer. (1) Además, es un factor relacionado directamente con la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) condición que determina además el desarrollo cognitivo del niño afectando el desarrollo de sus capacidades intelectuales y sociales (2).

En los primeros años de vida tanto el crecimiento como el desarrollo del niño alcanzan su mayor potencial por su gran capacidad de desenvolvimiento (3), por este motivo, se cree que el niño debe tener acceso a alimentos de calidad para no limitar sus potencialidades y desencadenar inadecuados estados de crecimiento y desarrollo. La paradoja de la malnutrición no solo tiene impacto a nivel individual sino también poblacional, porque los niños malnutridos presentan un alto riesgo de enfermar o morir, así como de la disminución de sus potencialidades tanto físicas como intelectuales (4) estas circunstancias a largo plazo desencadenan problemas en la productividad, ingresos y calidad de vida. Mediante diversas actividades preventivo-promocionales en salud, normados en los diversos países de

nuestra región, se busca prevenir principalmente la anemia en niños y madres gestantes. Pese a todos los esfuerzos y estudios de efectividad de estos suplementos, no se ha logrado reducir los altos indicadores de anemia por deficiencia de hierro de la región (5).

En base a lo mencionado anteriormente, el presente estudio tiene por objetivo analizar la construcción social de la suplementación con multimicronutrientes en las madres cuidadoras de sus hijos menores de 3 años. La presente investigación tiene base sociológica de las representaciones sociales, y se desarrolla en un contexto periurbano, donde se comparten diversos significados, actitudes, información, esquemas mentales, etc., y que los resultados permitan interpretar la forma en la que se desenvuelven estos procesos a niveles interindividual, institucional y comunitario.

Método

Estudio cualitativo que explora la naturaleza de la representación social sobre el micronutriente que construyen las madres de niños menores de 3 años de edad, que están adscritos a la jurisdicción del centro de salud de Huacrapuquio, del departamento de Junín, Perú. Este escenario fue elegido por sus características de peri-urbanidad, una característica que hace referencia a un contexto de interfase, entre ciudad y campo. Como criterios de inclusión se consideró a las madres de niños que reciben suplementación que aceptaron participar voluntariamente de la investigación, cuyos hijos menores de 3 años de edad hayan recibido en los últimos seis meses al menos una vez los suplementos de multimicronutrientes “chispita” indicados por el establecimiento de salud. Se excluyeron a madres cuyos hijos nunca se atendieron en el establecimiento de salud, que nunca hayan recibido los multimicronutrientes “chispitas” o aquellas que no desean participar, obteniéndose una muestra total de 10 madres a las que se les aplicó una entrevista a profundidad sobre sus opiniones y experiencias con la suplementación.

Como técnicas para el análisis de datos, se hace uso del análisis de contenido (6), a través del uso del software Atlas Ti. En este sentido, se realizó tres pasos cronológicos: el “pre-análisis”, en el cual se realiza la lectura de la transcripción de las entrevistas a profundidad, la “exploración del material”, donde se establecen categorías a partir de la saturación de respuestas, y el “tratamiento de resultados, inferencias e interpretaciones”. La etapa de categorización en este método, es considerada importante, ya que funciona a partir del desmembramiento del texto y reagrupamiento analógico del contenido que generan unidades y categorías temáticas, así: “entre las diferentes posibilidades de categorización, la investigación de los temas, o análisis temático, es rápida y eficaz en la condición de aplicarse a discursos directos y simples” (7).

El presente estudio tiene el permiso por la Red de salud y del establecimiento de salud “Huacrapuquio”, donde se informa a cada madre el objetivo del estudio, su confidencialidad, sus beneficios, riegos y se solicitó el consentimiento informado.

Resultados

Los datos de este estudio son presentados en dos etapas, en la primera etapa se presentan las características socio-demográficas de las madres participantes. En la segunda etapa, presentamos las tres categorías a priori y sus sub-categorías que emergieron de las entrevistas del perfil de la suplementación, presentadas de la siguiente manera: 1) Mi experiencia intra/interpersonal con los multimicronutrientes, 2) Respuesta institucional a las dificultades de suplementación y 3) Mitos comunales de los multimicronutrientes.

Con relación a las *características sociodemográficas*, fue posible identificar que la edad varía entre 26 y 44 años, con una media de 32,9 años. Con relación al nivel de escolaridad, el 60% de participantes tienen nivel primario completo, 30% tienen secundaria completa y un 10% tiene nivel superior técnico. Todas las participantes están alejadas del contexto

escolar, quiere decir que ninguna está actualmente estudiando. En lo que se refiere a la ocupación, el 40% menciona no ejercer trabajo remunerado, teniendo sus quehaceres en el dominio doméstico, el otro 30% dice ser vendedora/ comerciante; el otro 30% se dedica a la actividad agrícola y doméstica a la vez. En cuanto al estado civil, solo una (10%) relatan ser madre soltera, siendo siete (70%) dijeron que conviven con la pareja y un 20% dijeron que es separada y se hace responsable del cuidado de sus hijos. De las que dijeron que viven con la pareja son un 40%; dijeron vivir solamente con la pareja y los hijos y 30% dijeron vivir con la pareja y sus respectivas familias. En lo que respecta al número de hijos de las madres, varía entre 1 y 4 hijos, con una media de 2,4 hijos por madre. Y por último con respecto a la frecuencia de asistencia de las madres al establecimiento de salud o contacto con el personal de enfermería la mayoría visita el establecimiento una vez por mes, y solo una que visita el establecimiento o tiene contacto con el personal de enfermería dos veces por mes, la enfermera a cargo nos manifiesta que el principal incentivo de las madres a realizar las visitas es el programa “*Juntos*”, que brinda incentivos económicos a las familias, y uno de los requisitos para pertenecer al programa, son los controles periódicos de los niños en los establecimientos de salud.

Para describir la *representación de los multimicronutrientes*, Cafer (2016), menciona que, la cultura es una construcción histórica y social que incluye el conocimiento, la moral, las normas que rigen el comportamiento de un grupo, caracterizado por experiencias, creencias y valores de los individuos, los cuales, pueden ser aprendidos y compartidos, siendo transmitidos de generación en generación. (8) por tal motivo, es a partir de la comprensión del fenómeno de la suplementación en el propio contexto de las participantes conseguiremos un acercamiento a la construcción social de la suplementación a través de los relatos de las madres, presente en la cultura en la cual los niños en suplementación están creciendo, esta comprensión se hace necesaria para considerar la forma de pensar respecto a la alimentación de sus hijos en las políticas de salud y las intervenciones de enfermería.

La categoría intra/interindividual puede manifestarse en los modos de decir, hacer o en las prácticas cotidianas.(9). La experiencia intra/interpersonal se presenta como formas de conocimiento, de administración, opinión sobre los MMN, su negación o aceptación a este suplemento y el uso de otras opciones de suplementación. Dentro de esta categoría se considera al conocimiento sobre los multimicronutrientes y las formas de administración, se identifica que las madres conocen los datos exactos sobre el inicio de la suplementación, la dosis y la frecuencia de la suplementación, que según normativa N° 134 MINA/ 2017 se administra a partir de los 6 meses de edad. Un sobre diariamente, alejado de las comidas quiere decir, entre 1 o 2 horas después de las comidas, etc.(10), concordando con lo mencionado por las madres: *a qué edad comenzó a recibir sus chispitas? A los 06 meses...yo le estaba dando diario [entrevista 13], diario uno le doy, uno diario nada más [entrevista 8]*

Pero este conocimiento pueden ser frenado por las formas de administración, que son rechazados por sus hijos y crean otras formas de darles el suplemento o terminan desistiendo de brindarle los multimicronutrientes, como lo mencionan: *pero yo le estaba dando, en la comida no quería, en el biberón le llenaba y con agua de limón y hay días que lo tomaba hay días que sí hay días que no [entrevista 1], a veces trato de darle con mi leche [entrevista 13], por mi si le daría, pero como no lo pasa, por eso no le doy, de vez en cuando si le doy por ejemplo en jugo de papaya así lo paso, pero si le doy en comiditas no lo pasa [entrevista 9]*

Sobre los efectos secundarios, es la subcategoría con más dificultades para las madres, porque relatan episodios muy difíciles, en especial con el estreñimiento y las náuseas, principales causas de la no adherencia a los multimicronutrientes, que termina en la negación a continuar con la suplementación tanto por parte de la madre como de los niños, donde las madres manifiestan: *si, se estreñía, después de ahí ya le quité, por eso le daba le*

estreñía y como sufría le quité otra vez, y después ya no quería tomar ya...sufría, lloraba a veces, aunque le daba líquido siempre le estreñía señorita, bastante líquido le daba... pero me da pena lo que se estreña... mi esposo se ha molestado y ya no le doy [entrevista 13]. Recién le doy, porque primerito no quería comer; lo comía y le producía náuseas, pero ahora le doy a veces le estaba estreñendo [entrevista 9], en el caso de mi bebe se estreña [entrevista 12]

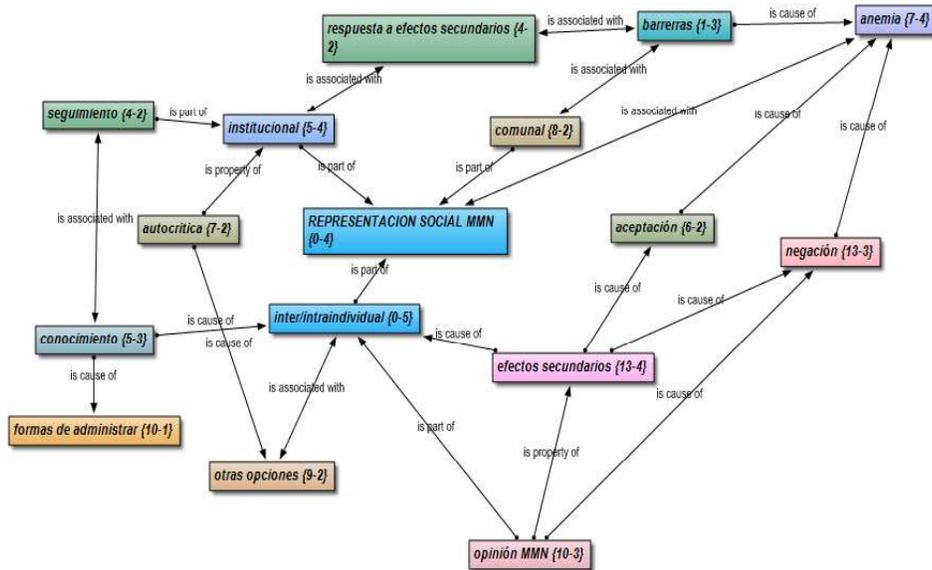


Figura 1. Representaciones sociales sobre los multimicronutrientes referido por madres de niños suplementados del establecimiento de salud de Huacrapuquio, Junín, Perú 2017

Es importante resaltar, que en el caso que el niño presenta efectos secundarios muy marcados y la madre no consigue controlarlos, terminan en un proceso de negación o poca adherencia al suplemento, es necesario comprender, la desesperación de las madres sobre los efectos secundarios en sus niños.

Respecto a la opinión que tienen las madres sobre los multimicronutrientes todas las que opinaron se refieren al sabor que este tiene más que a los efectos, beneficios y otras características que pueda tener, por ejemplo, mencionan: *Si lo he probado, es un poquito medio picante, medio ácido no sé cómo describirlo, a mí personalmente no me gusta, tal vez podríamos cambiarle el sabor para los niños para que sea más asimilable para que ellos no lo rechacen [entrevista 11], Sí. Me pareció raro, un saborcito medio raro tiene, ósea te deja la boca con otro sabor... [entrevista 9]*

Con relación a la búsqueda de otras opciones de suplementación, las madres manifestaron varias opciones ya conocidas, como el sulfato ferroso, el consumo de hígado, otros suplementos comerciales, como mencionan las madres, *aparte de eso está tomando su ferramin [entrevista 12], lo que le doy es su higadito [entrevista 1, ¿si te dan a escoger? escogería el sulfato ferroso, porque él lo pasa más rápido y no siente sus náuseas... el sulfato ferroso ha estado tomando seguidito y le ha ayudado bastante [entrevista 9]*

En la segunda categoría institucional, que sugiere una visión institucional o posicional que tiene como base la preocupación del “lugar” de la institución y del profesional de enfermería en el diálogo, quiere decir, en la relación que el profesional establece con los usuarios (11).

Respecto al seguimiento institucional que deben de seguirse sobre la suplementación, las madres manifiestan razones diversas de recibir o no el suplemento, las madres manifiestan:

el jarabe ya no me ha dado estos dos meses ya, pero la chispita si me está dando, el 3 era su control a hi me ha dado la cajita, en cada que voy a su control me está dando. [entrevista 8]. No este mes si no me está dando las chispitas. De diciembre no me da... No sé no me aclaró nada y yo también no le pedí. El sulfato si está tomando. [entrevista 7]. Aquí evidenciamos una debilidad institucional de informar con más detenimiento la causa y el tiempo de suplementación, porque las madres no saben porque no le dan primero el sulfato ferroso, hace dos meses, probablemente el hijo se recuperó de la anemia y en el segundo caso la madre no sabe porque no le dan el multimicronutriente, probablemente y según la edad de la niña, ya debió de terminar su esquema de suplementación.

En la revisión de las normativas vigentes relacionadas a la suplementación, como son la N.T N° 134-MINSA/2017, Norma Técnica Para El Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en los Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas, en la pág.18 menciona que: “sobre el manejo de efectos adversos o colaterales, que son generalmente temporales, describe a los efectos adversos por tipo de suplemento.”(10). Pero cuando buscamos la indicación de que hacer cuando se presenta un efecto adverso, menciona que: “debemos reportarla en el formato de notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos y remitirla al órgano competente.”(10). Y la pregunta es, ¿Qué debe hacer o decir el personal de enfermería?, puesto que la falta de respuesta inmediata a los efectos adversos es una de las grandes barreras a la mejora de la adherencia a los suplementos; en segundo lugar, el Plan de Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Infantil en el Perú 2017-2021 menciona que: “en la actividad de consejería se debe hablar sobre los posibles efectos colaterales por el consumo del micronutriente, con un abordaje intercultural.” (2)

Por tal motivo, se presenta las autocríticas hechas por el personal de salud respecto a la actividad de suplementación y el sistema de salud en su conjunto, por ejemplo, mencionaron, mejora de las carteristas del suplemento, que no han tenido mejoras, que son problemas no solo de salud, y que el sistema solo quiere mejorar indicadores: el personal de salud menciona: *para este año casi no se ha visto mejoras... Pero a pesar de eso creo que aún no estamos teniendo buena recuperación... tal vez habría una modificación del sabor podría ayudarnos a cumplir su función en un 100%... el saborcito es lo que le falta nada más, modificarlo. [entrevista 11].* Esta autocrítica ayuda a ver que nuestro sistema de salud está probablemente enfocado en mejorar indicadores, porque es el medio cómo nos evalúan, dan incentivos y programan presupuestos para los siguientes años, segundo que debemos comprender que los problemas de salud no son solamente biológicos sin también sociales y, por ende, complejos.

Por último, en la tercera categoría comunitaria, que puede ser interpretado como el lugar donde vivimos, crecemos y construimos nuestras experiencias, siendo el *locus* de la creación y construcción del saber, poder y alteridad. Esta categoría presenta lo que piensan las vecinas, familiares, amigos mencionan que todos ellos tienen una opinión negativa o de rechazo hacia los multimicronutrientes, como: *Hay algunos que dan hay algunos que les veo botado, hay otros que no conservan, le veo ahí en el barranco donde van a lavar ropa, ahí están botado... otras me dijeron que no le dan, que le dan alimento de casa... mi vecina del frente también se queja con el estreñimiento que le da la chispita a su bebe [entrevista 1]. A otros les he escuchado decir que a su bebida no les gusta comer, el mío sí come. A otros que no quería darle porque le hacía daño al estómago, algo así. Eso nomas, mas ya no. [entrevista 7]*

Discusión

Existen diversas formas de interpretar y explicar la anemia, la primera, y más común, es el modelo biomédico, dominante o hegemónico que interpreta la anemia como la deficiencia de hierro y, en segundo lugar, la presentada en este estudio, la construcción social del

fenómeno de suplementación en el grupo de madres de una zona periurbana, reconocida como un grupo social que crea, conserva y circula un sentido común, conocida y reconocida por ellos mismos, sustentada en una cultura, concordando con los hallazgos de la investigación de Mayca-Perez, et al (12) y que es presentada en este trabajo a través de las entrevistas realizadas a las madres, y que sus relatos hacen parte del conjunto de valores, conocimientos, prácticas, etc. que comparten. (6)

Según el análisis de la *categoría inter/ intrapersonal*: que evidencia las prácticas y opiniones de las madres en base a su experiencia con los multimicronutrientes, donde las formas de administrar, conocimiento y presencia de efectos colaterales, que definen la aceptación o negación a la suplementación esto concuerda con los estudios realizados por Aparco, Huamán-Espino (13) que describen que la principal barrera de la adherencia a los multimicronutrientes, es la aceptabilidad en un 38%, en esta situación es importante trabajar formas de posicionar los suplementos. Además, el estudio evidencia que a la presencia de efectos colaterales la madre desiste de continuar con la suplementación, esto no es discutido por ninguna de las investigaciones anteriores a este estudio, finalmente, surge la necesidad de posicionar socialmente los suplementos, con el fin de mejorar la adherencia a los suplementos en general, aquí se concuerda con las conclusiones de Aparco, Huamán-Espino (13)

En lo que respecta a la *categoría comunal*: algunos estudios han mostrado que los suplementos pueden presentar resistencias iniciales a su consumo por los conocimientos previamente estructurados como *representaciones* en un grupo social y que si estas percepciones fueran positiva motivarían el inicio y la continuidad en la suplementación, que coincide con las conclusiones de Aparco, Huamán-Espino (13) y que ellos plantean una estrategia de mercado social, nosotros concordamos con ello, pero también recalcamos que debemos mejorar y minimizar al máximo los efectos secundarios de nuestros suplementos.

En relación a la *categoría institucional*: La construcción social del multimicronutrientes en relación con el personal de enfermería a nivel comunal, concuerda con la urgente necesidad de fortalecimiento de la adherencia; además, las auto-críticas del personal de salud hacia el sistema de salud, no es discutida por investigaciones anteriores, donde se evidencia muchas potencialidades en las estrategias interculturales en las políticas de salud, que aún no se han sido aplicadas como políticas interculturales en todo el sentido de la palabra, como lo discute la socióloga y especialista en interculturalidad Catherine Walsh (14).

Conclusiones

Esta investigación constituye una herramienta eficaz para explorar cualitativamente los problemas de salud, pues muestran otras formas de conocimientos socialmente construidos y que terminan influenciando en la forma de pensar y actuar en el grupo social que la comparte, al explorarlas se hace posible las intervenciones específicas y contextualizadas en salud y específicamente en el quehacer de enfermería, y que son otras formas de hacer ciencia. En este análisis, es necesario la naturaleza de riqueza y diversidad cultural que presenta nuestro país, y que al momento de planificar intervenciones para muchos se convierten en un reto, pero creemos que esta valiosa característica es la puerta a otras formas de planificar, ejecutar e implementar políticas, partiendo de lo singular y terminando en lo singular.

Según las categorías inter/ intrapersonal, comunal e institucional se evidencian que no existe suplemento ideal, algunas madres prefieren el sulfato ferroso y otras el multimicronutriente, esto coincide con los estados de representaciones sociales, debido a que los teóricos manifiestan que no hay una centralidad de la representación social, al contrario, existe una diversidad (15) por lo que se justifica que un producto puede ser idealizado por unas y negado por otras, otra característica que no fue discutida por estudios anteriores.

En este sentido, consideramos que los fenómenos de salud no son meramente biológicos sino presentan mucha influencia social, concordando con las conclusiones de Aparco y Huamán-Espino (13).

Referencias bibliográficas

1. Trelles S, Munayco CV. Impacto y adherencia de la suplementación con multimicronutrientes en niños de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2019;36(1):147-8. doi:10.17843/rpmesp.2019.361.4051.
2. Ministerio de Salud (MINSa). Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021. Ministerio de Salud, Perú; 2017.
3. Gallego Marín M. La importancia de la estimulación adecuada durante el neurodesarrollo en la primera infancia. *Revista Senderos Pedagógicos*. 2019., 10(10), 103-120. Recuperado en: <https://190.217.57.229/index.php/senderos/article/view/659>
4. Dolores-Maldonado G, Liria-Dominguez R, Espinoza-Bernardo S. Satisfacción materna de la consejería en suplementación infantil con hierro realizada por el personal de salud. *An la Fac Med [Internet]*. UNMSM. Facultad de Medicina; 7 de junho de 2018 [citado 30 de janeiro de 2020];79(1):29. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/14589>
5. Libreros-Arana LA, García-Perdomo HA, Valencia Caicedo AM. Efectividad y seguridad del uso de micronutrientes en polvo para tratamiento de niños con anemia: revisión sistemática. 2019; 15(2): 230-239. doi: <http://dx.doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.5737>.
6. Gutiérrez-Vidrio, S. Reflexiones metodológicas en torno al estudio de las representaciones sociales. Su relevancia para la investigación educativa. *Revista iberoamericana de educación superior*. 2019, 10(29), 105-123. doi: <https://doi.org/10.22201/iisue.20072872e.2019.29.525>
7. Bardin, L. *Análisis de Contenido*. Ediciones Akal. Madrid. 2002.
8. Cafer JR. Representações sociais sobre amamentação na perspectiva de mães adolescentes com sintomas de depressão pós-parto. 2016.
9. Oliveira MSBS De. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Rev Bras Ciências Sociais*. 2004;19(55):180–6.
10. Ministerio de Salud (MINSa). Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes y mujeres gestantes y puérperas [Internet]. 2017. p. 37. Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSA.PDF
11. Oliveira AC de. Alteridade e Identidade: “Quem somos”, “Quem somos” nas vivências de processos migratórios. In: *Diálogos Interculturais: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais*. São Paulo: IEA-USP; 2013. p. 85–107.
12. Mayca-Pérez J, Medina-Ibañez A, Velásquez-Hurtado JE, Llanos-Zavalaga LF. Social representations related to anemia in children under three years in awajún and wampis communities of Peru [Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades awajún y wampis, Perú]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]*. 2017;34(3):414–22. Recuperado de: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85037613759&doi=10.17843%2Frpmesp.2017.343.2870&partnerID=40&md5=f4c7c5ce0aeb7c1584c0961230ae159a>
13. Aparco JP, Huamán-Espino L. Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo. Percepciones maternas y dinámicas de los servicios de salud. 2017;34(4):590–600.
14. Walsh C. Interculturalidad, decolonialidad y el buen vivir. *Interculturalidad, Estado, sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. 2009. 213-235 p.

15. Hebe Lacolla L. Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *Revista Red. Revista electrónica la Red Investigación en Educación*. 2005;1(3):2. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1998582&info=resumen&idioma=SPA>.

ANTROPOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL. APUNTES PARA UNA PERSPECTIVA HÍBRIDA EN PROBLEMAS SOCIO-SANITARIOS

ANTHROPOLOGY AND OCCUPATIONAL THERAPY.
NOTES FOR A HYBRID PERSPECTIVE IN SOCIO-SANITARY PROBLEMS

*ANTROPOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL.
NOTAS PARA UMA PERSPECTIVA HÍBRIDA EM PROBLEMAS SÓCIO-SANITÁRIOS*

Gastón Julián Gil ¹,
Andrés Iván Bassi
Bengochea²

¹CONICET, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8112-2119>.

²Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3498-4805>.

Contacto: gasgil@mdp.edu.ar

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34770>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 7 de setiembre de 2021.
Aprobado: 15 de octubre de 2021.

Resumen

Este artículo constituye una revisión conceptual sobre parte de los fundamentos teóricos y epistemológicos de la Terapia Ocupacional, que está experimentando en las últimas décadas una mayor apertura hacia las perspectivas socio-antropológicas de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Al posicionarse sobre diversas nociones que sostienen la práctica profesional, como actividades de la vida diaria, independencia o equilibrio, se incorpora un abordaje antropológico que cuestiona los habituales usos acríticos que tienden a normativizar los comportamientos cotidianos y definir patologías y anormalidades desde posiciones etnocéntricas. En consecuencia, se formulan algunos lineamientos teórico-metodológicos que sostienen un enfoque híbrido de la profesión y, por añadidura, del campo de la salud. Esta manera de pensar las problemáticas socio-sanitarias permite entonces plantear posiciones renovadoras de las culturas disciplinares y profesionales que se enfrentan a desafíos cada vez más complejos en nuestros contemporáneos.

Abstract

This article aims to develop a conceptual review on part of the theoretical and epistemological foundations of Occupational Therapy. This discipline is experiencing, in recent decades, a greater openness towards the socio-anthropological perspectives of the health-disease-care process. By positioning itself on various notions that support professional practice, such as activities of daily living, independence or balance, an anthropological approach is incorporated that questions the habitual uncritical uses that tend to standardize daily behaviors and define pathologies and anomalies from positions ethnocentric. Consequently, theoretical-methodological guidelines are formulated that support a hybrid approach to the profession and, furthermore, to the field of collective health. This way of thinking about socio-sanitary problems allows us to propose renovating positions of disciplinary and professional cultures that face increasingly complex challenges in our contemporaries.

Resumo

Este artigo é uma revisão conceitual de parte dos fundamentos teórico-epistemológicos da Terapia Ocupacional, que tem vivenciado nas últimas décadas uma maior abertura para as perspectivas socio-antropológicas dos processos saúde-doença-cuidado-cuidado. Ao se posicionar sobre várias noções que sustentam a prática profissional, como Atividades da Vida Diária, independência ou equilíbrio, incorpora-se uma abordagem antropológica que questiona os usos acríticos usuais que tendem a padronizar comportamentos cotidianos e definir patologias e anormalidades a partir de posições etnocêntricas. Consequentemente, são formuladas algumas diretrizes teórico-metodológicas que sustentam uma abordagem híbrida da profissão e, adicionalmente, do campo da saúde coletiva. Esta forma de pensar os problemas socio-sanitários permite, então, propor posições renovadoras de culturas disciplinares e profissionais que enfrentam desafios cada vez mais complexos em nossos contemporâneos.

Terapia(s) ocupacional(es), salud y antropología

Como parte integrante de las diversas profesiones vinculadas con la salud, la Terapia Ocupacional (de ahora en adelante TO) afronta continuamente desafíos acerca de sus alcances, límites y posibilidad de expansión como práctica profesional y como disciplina académica. La complejidad de los mundos contemporáneos, las zonas de contigüidad (eventualmente conflictivas) con otras profesiones de la salud y las actualizaciones teóricas enfrentan a la TO a una serie de dilemas, posibilidades y apertura hacia perspectivas que tienen un amplio potencial de desarrollo. Ello es especialmente visible cuando la TO asume su potencial hibridez al abreviar de diversas disciplinas científicas que la colocan en posición de promover abordajes innovadores y creativos aplicados a problemáticas socio-sanitarias. La hibridez rechaza cualquier idea de “purificación” (por ejemplo, disciplinar) y propicia una apertura conceptual que entiende lo colectivo, en este caso la TO, como una “bella red sociotécnica” (1) de la que forman parte actores humanos y no humanos, tales como las tecnologías y las instituciones (sanitarias, universitarias), entre muchos otros componentes de esa red. En lo referente a las fronteras disciplinares, más allá de su existencia fáctica (divisiones administrativas de las universidades o las áreas definidas de los sistemas de investigación científica), es posible pensarlas en tres dimensiones de manera simultánea: categorías intelectuales, estructuras institucionales (departamentos, programas de enseñanza, journals, asociaciones profesionales) y “culturas disciplinares” (2).

La TO es una profesión de salud con su cultura disciplinar que comenzó orientando su trabajo hacia la rehabilitación (también llamada prevención terciaria) de diversos padecimientos que afectan la vida diaria de las personas. Luego fue ampliando su quehacer

hacia el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (prevención secundaria), llegando inclusive a desempeñarse en los ámbitos de prevención primaria y promoción de la salud. Los campos de mayor intervención están relacionados con las áreas física (amputaciones, lesiones neurológicas, traumatológicas, etc.) y mental (demencias, psicosis, discapacidad intelectual, etc.) en todas las poblaciones etarias, siendo un caso específico el de la infancia y las diferentes alteraciones del desarrollo. Las arenas clínicas y comunitarias en donde pueden desempeñarse los terapeutas ocupacionales son numerosas. Ellas incluyen hospitales, clínicas, centros de atención primaria, centros de rehabilitación, clínicas psiquiátricas, centros y clubes de día, escuelas, geriátricos, centros de jubilados, aseguradoras de riesgo trabajo, talleres de integración laboral, entre muchas otras.

En este artículo se desarrollan los fundamentos para una Terapia Ocupacional híbrida que presente una síntesis productiva entre su especificidad disciplinar y profesional y los aportes teóricos y metodológicos de la antropología social. Por consiguiente, el debate conceptual propuesto está dirigido a delinear posicionamientos fundamentales que enmarquen los abordajes teóricos de las problemáticas socio-sanitarias, pero también ofrecer lineamientos de inspiración para la práctica cotidiana de la TO. La perspectiva híbrida apunta entonces a colocar en la superficie la necesidad de transgredir las fronteras disciplinares y propiciar diálogos productivos y concretos entre las disciplinas científicas “puras”, las prácticas profesionales y las diversas agencias colectivas en el campo de la salud. Por eso es que esta propuesta aboga por una perspectiva ampliada de la salud, un enfoque comunitario y de salud colectiva que parta no tanto de la ocupación (como “objeto” de estudio e interés disciplinar tradicional) sino del “sujeto, que piensa, actúa, que decide” (3, p. 24), en concreto “el sujeto siendo en la ocupación” (3, p.24). Porque, en definitiva, “ninguna ocupación se comprende como entidad abstracta separada de las relaciones con otros. Toda ocupación es cultura, significado, relaciones. La ocupación en uno, es la expresión de las ocupaciones colectivas, de la práctica, de las relaciones sociales históricamente producidas que se han encarnado, materializados en las singularidades” (3, p. 24).

Poner en diálogo lo anterior con la perspectiva de salud colectiva, es pertinente en tanto esta última aboga por una teorización y praxis que reafirma al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (de ahora en adelante PSEAC) como proceso social, al tiempo que demanda el desarrollo de planteamientos teórico-metodológicos que permitan superar el análisis e intervención sobre los fenómenos biológicos individuales. Desde esta perspectiva, la ocupación no debería ser concebida como una entidad abstraída de su contexto, cosificada y deshumanizada. Ello implica no sólo plantear un modo posible de pensar la Terapia Ocupacional sino también un abordaje integrador de los procesos socio-sanitarios. Este artículo pretende entonces ir más allá de los cuestionamientos a los enfoques biomédicos que en ocasiones sólo suelen ser un recurso discursivo redundante y vacío de sentido, sin correlación alguna con la práctica cotidiana. En efecto, las críticas al Modelo Médico Hegemónico (4) se suelen reducir, en los hechos, a meras frases de barricada o autocongratulations morales. Ello puede advertirse en no pocos actores sanitarios e incluso en carreras universitarias de medicina con orientación “comunitaria”, cuyos gestores parecen suponer que con sólo postular la importancia de los factores socioculturales en las problemáticas de salud el recorrido está completo y las limitaciones del modelo biomédico superadas.

En definitiva, en este artículo se formula una propuesta programática posible de cómo ejercer la TO, asumiendo el gran potencial de diversidad de Terapias Ocupacionales (5) que pueden implementarse. Así es que partiendo de una categoría central para la disciplina como es *actividad de la vida diaria*, se aboga por una TO intercultural sostenida en los fundamentos teóricos y metodológicos de la antropología social. De esa manera, se cuestionan los tintes normativos (y ocasionalmente etnocéntricos) que dominan las categorías empleadas en la profesión y que tienden a reproducirse acríticamente. Al asumir

tanto la universalidad de ciertas actividades como el significado que tendrían para los actores que las ejercen, la TO queda atrapada en ocasiones en definiciones circulares que no le permiten detectar subjetividades diversas, apropiaciones situadas y, sobre todo, contextos de significación que requieren experiencia de campo y una determinada actitud para comprender al otro. En contrapartida, la potencial hibridez entre la Antropología y la TO sitúa su práctica en el ámbito de la salud colectiva, otorgando entidad a una polisemia de visiones sobre los PSEAC. En otras palabras, se reconoce la existencia de un “conjunto de necesidades sociales en salud, entendiéndolas no sólo como carencias sino como «ideas de salud» o, alternativamente, como proyectos de «llegar a ser»” (6, p. 27). Ello involucra la configuración de un posicionamiento ético donde la perspectiva antropológica trasciende la elección de una serie definida de técnicas de recolección de datos, como la observación participante, y se asienta en definiciones conceptuales que hacen principalmente al modo de vincularse con la cotidianidad de los actores estudiados y sus representaciones del mundo. En consecuencia, esta perspectiva admite un pluralismo teórico en antropología social que no se ata a ninguna corriente y que además admite apropiaciones eclécticas, siempre en el marco de la búsqueda de comprender a los actores sociales a partir de sus propias representaciones del mundo.

Este artículo está escrito por un antropólogo social que enseña desde hace décadas en una carrera de Terapia Ocupacional y un becario y estudiante avanzado de esa carrera quien ya se concibe como un futuro profesional (además de investigador) híbrido. De algún modo, esta conjunción refleja el proyecto pedagógico (7) que se lleva a cabo en esa, propiciando la formación de estos profesionales híbridos y eventualmente investigadores que contribuyan al conocimiento de la sociedad a partir de etnografías intensivas en problemáticas de salud. Y en lo puntual se trata de un trabajo que comenzó hace dos años con un proyecto de beca en el marco de un grupo de investigación dirigido por uno de los autores y que está concebido bajo los parámetros desarrollados en este artículo. El grupo está conformado por antropólogos y terapeutas ocupacionales en diversas instancias de sus carreras académicas que comparten diversas “situaciones” (8) del mundo académico, como autorías conjuntas de papers académicos, formación de recursos humanos, actividades de formación de posgrado y labores de gestión de la ciencia.

La Terapia Ocupacional y su contexto disciplinar y profesional

Tal como es practicada la TO en la universidad argentina, se la podría definir como una cultura académica con sus propias lógicas y prácticas profesionales y corporativas. En términos específicamente teóricos, la TO es alimentada en los primeros años de formación curricular (al menos en el nivel de formulación teórica) por diversos enfoques disciplinares que transitan “las mismas porciones de territorio intelectual” (9, p. 60). Aunque se trata de influencias que en gran parte se encuentran ocultas y no llegan a un nivel de formulación sistemática, dejan huellas reconocibles en los modos de abordar las problemáticas de salud. Esas culturas académicas y profesionales, como la psicología y la medicina, mantienen importantes “conflictos limítrofes” (9) entre sí y con disciplinas más “ajenas”, como en este caso es la antropología social en el ámbito de la salud. De cualquier manera, al menos en lo que refiere a la formación avanzada de los estudiantes de TO, esas tensiones (reales y potenciales) tienden a desaparecer. En efecto, en las áreas específicas de intervención terapéutica y la enseñanza de métodos diagnósticos, se desempeñan predominantemente terapeutas, quienes se encargan de divulgar el *ethos* profesional que luego se implementa en la práctica clínica (7). Por ello es que el grupo de pares “representa el modo normativo de la comunidad académica, cuya preocupación predominante es establecer estándares, evaluar el mérito y la reputación” (9, p. 94).

En cuanto al nivel de formulación teórica, esta cultura profesional fue especialmente receptiva de los modelos hegemónicos de atención de la salud, aunque de modo progresivo fue haciéndose más sensible a incorporar perspectivas que contemplen las di-

mensiones socio-culturales de las poblaciones. Así es que, por ejemplo, el Modelo de Integración Sensorial, desarrollado en su labor pionera por Jean Ayres en la década de 1960, tuvo una difusión de alcance global y de gran impacto en el contexto teórico-clínico argentino (7). Otra de esas matrices profesionales de relevancia es el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), formulado por Gary Kielhofner, que plantea una mirada “holística” en la concepción del ser humano y la “ocupación”. Sin embargo, en las últimas décadas se han consolidado otros enfoques que sí están orientados a considerar la relevancia de las mencionadas dimensiones socioculturales y políticas en el marco de las intervenciones terapéuticas. Autores como Michael Iwama y Frank Kronenberg son algunos de esos referentes de las corrientes de TO “transcultural” (10). En países de habla hispana, y en particular en España, puede destacarse la perspectiva “comunitaria” en TO, uno de cuyos representantes más notorios es Salvador Simó Algado (5, 11), que ha orientado su trabajo a postular un paradigma “crítico” de la profesión, en línea con los desarrollos en teoría social de autores como Sousa Santos (12), Bauman (13) o Dussel (14), entre otros. Además, ha propuesto una mirada novedosa sobre las ocupaciones y su impacto en el medio ambiente, en una serie de trabajos sistematizados bajo la idea de “Terapia Ocupacional Eco-Social” (5,11). En América Latina han sido varias las autoras que han desarrollado significativos aportes para la TO en los que las ciencias sociales tomaron un papel preponderante. Desde Brasil, Sandra Galheigo (15) ha incorporado a su trabajo un paradigma de la complejidad para el análisis de situaciones de salud, discapacidad, inclusión, participación social, desafiación, ponderando las relaciones entre las historias personales, colectivas y los contextos donde esas situaciones se producen. Una de sus discípulas, Carla Silva (16; 17), también ha colocado un énfasis especial en pensar la “cuestión social” y el devenir de la disciplina hermanada a los contextos históricos y políticos de la región. De allí que se destaque que “el terapeuta ocupacional necesita una formación que lo habilite para trabajar problemáticas que emergen de los conflictos sociales, y también, que emergen de los problemas de una sociedad marcada por las desigualdades” (18, p. 79). En la misma sintonía, la TO chilena ha ganado un protagonismo especial en la región durante la última década. Diversos terapeutas consideran que un momento de “quiebre” se produjo en el año 2010 con la concreción del Congreso Mundial de Terapia Ocupacional en ese país, siendo también el primero en América Latina. En palabras de Galheigo, “fue el primer congreso mundial realmente bilingüe. Estos hechos provocaron una repercusión importante en la Terapia Ocupacional, ya que promovieron un cambio en lo que se reconoce que es legítimo mundialmente como TO, que es la perspectiva anglosajona” (15, p. 3). Así las cosas, en Latinoamérica, uno de los intelectuales destacados de la TO chilena, Alejandro Guajardo, alerta a “no confiarnos que este giro a las Ciencias Sociales y hacia la cuestión social esté implicando necesariamente una ruptura con las perspectivas epistemológicas positivistas, pragmáticas y funcionalistas que han predominado en nuestra construcción histórica como dispositivo social de carácter práctico científico” (3, p. 20). En este sentido, si bien el autor parte de reconocer y aceptar que la TO ha diversificado sus prácticas y ámbitos de intervención, llega a postular que lo que ha estado sucediendo: “no es más que la *terapeutización* en los ámbitos más variados de la actividad humana [donde] más que introducir modos de intervención más abiertos y horizontales, lo que se hace en la vida concreta de los sujetos, en el espacio de la vida particular (calle, casa, territorio) es generalizar la lógica de la terapia médica a situaciones que guardan relación con la vida social y política, transformando la vida cotidiana en verdaderas terapias del mundo de la vida” (19, p. 114).

Su propuesta gira en torno a una TO basada en los derechos humanos “que admitan muchas formas de conocer, muchas otredades, en un plano de equidad” (19, p. 57), una TO que parta no ya de rehabilitar para el ejercicio del derecho, sino del derecho como productor de capacidades. Se observa cómo desde Latinoamérica las praxis y discursos emergen

tensionando los fundamentos y cosmovisiones de la profesión. Pino Morán y Ulloa (20) plantean que es urgente la adopción de una desobediencia epistémica en TO que implicaría “un desprendimiento epistémico en la esfera de lo social, un movimiento que sale de la comprensión universalista hegemónica, hacia una pluriversatilidad de la Terapia Ocupacional” (20, p. 425).

En Argentina, la tradición social en TO ha tenido recorridos diversos. Nabergoi (21) diferencia, retomando a Paganizzi, tres aspectos claves de los fundamentos que sostiene estos abordajes innovadores. Por un lado, destaca lo social “relacionado a las prácticas que centran su trabajo en la comunidad, dirigidas a población en situación de riesgo social. Por otro lado, las estrategias comunitarias (...) surgidas de los procesos de reforma en salud mental. Y, por último, una incipiente incorporación de la comunidad como un fundamento social de la disciplina” (22, p. 20). En la misma línea, Cella y Polinelli entienden que las culturas y saberes locales “imponen nuevas obligaciones: relecturas de los contextos, sistematización teórica para la ruptura de los discursos hegemónicos, evaluación crítica de las prácticas en un escenario marcado por grandes transformaciones culturales y viejas (y nuevas) opresiones políticas, sociales y culturales” (23, p. 37). Frente a estas obligaciones las autoras proponen un camino que parta de “*desnaturalizar lo naturalizado* para proponernos desde allí, reflexionar, cambiar y cooperar” (23, p. 37). Precisamente, a partir de ese último planteo se intentará dar cuenta de la pertinencia del ejercicio antropológico para tensionar lo que aparece como naturalizado en algunos discursos y prácticas hegemónicas de la TO.

La Terapia Ocupacional, sus fundamentos y sus categorías

El *ethos* disciplinar de la TO se expresa de diversas maneras, sobre todo en la adopción de ciertas categorías que proporcionan criterios de interpretación e intervención terapéutica, además de constituir referencias de identidad profesional. Más allá de que la relevancia de los conceptos en la ciencia no suele ser discutida, no resulta tan claro plantear acuerdos generales acerca del modo en que se usan las distintas categorías analíticas o los criterios para elegir las más adecuadas. Una forma productiva de utilizar conceptos es evitar la normatividad, es decir, que no prefiguren escenarios y criterios de interpretación *a priori* y que, en consecuencia, los datos adquieran un mero valor instrumental. En efecto, una amplia variedad de conceptos teóricos son empleados de un modo en que la realidad se acomoda a definiciones (y en el peor de los casos a prejuicios) que no contemplan un acercamiento sensible a los datos de la experiencia cotidiana. De allí que se imponga un teoricismo:

“que relega el material procedente del campo a un papel secundario, cuando no meramente ratificadorio de las hipótesis teóricas. En antropología, esto significa perder de vista los aportes del conocimiento de la perspectiva del actor y no es extraño que el investigador, puesto ante la disyuntiva teoría-empiría, tienda a reproducir su conocimiento etno- y sociocéntrico. Esta orientación redonda en la máxima siguiente: si hay una discrepancia entre la teoría y la realidad... peor para la realidad” (24, p. 33).

Por supuesto no se están reproduciendo las creencias de sentido común acerca de la ciencia que entienden que el conocimiento comienza con la experiencia, que el observador se relaciona con la realidad libre de cualquier prejuicio o inclinación teórica. Esta concepción ingenua de la objetividad supone además que en la ciencia no cabe lugar para las opiniones y las especulaciones y que se basa en lo que podemos tocar, ver, oír. Es lo que puede denominarse opinión popular o de sentido común acerca de lo que es el conocimiento científico (25). Por el contrario, se hace imprescindible asumir que los enunciados observacionales son precedidos por la teoría y, por supuesto, son tan falibles como las teorías que presuponen. Por lo tanto, la precisión de esos enunciados observacionales va a depender, en gran medida, de la precisión de las herramientas teóricas que las enmarquen.

En general, los conceptos que se utilizan en las ciencias sociales remiten a las tradiciones intelectuales que les dieron forma, aunque pueden surgir del lenguaje cotidiano y hasta incorporarse a las expresiones de sentido común. Nociones tales como parentesco, solidaridad, cohesión social, persona, ritual, mito, clase social, sacrificio, mercado, son algunos ejemplos posibles, y que además han alcanzado una marcada capacidad de adquirir centralidad en el caso de la teoría social. Pero la proliferación de conceptos adquiere una dimensión extra, sobre en todo en antropología, ya que con frecuencia también surgen de la interacción en el terreno con los sujetos de estudio y las maneras en que esos actores se representan la realidad. Así es que muchas categorías de la antropología social “se marcan con una palabra exótica” (26, p. 203), como *kula* o *potlach*. Y además contamos, en esta disciplina con “neologismos que tratan de generalizar los dispositivos conceptuales de los pueblos estudiados –animismo, oposición segmentaria, intercambio restringido, esquismogénesis- o, por el contrario y de manera más problemática, que desvían hacia el interior de una economía teórica específica ciertas nociones difusas de nuestra tradición –prohibición del incesto, género, símbolo, cultura- a fin de universalizarlas” (26, p. 203).

En TO, una de las categorías analíticas fundamentales, y que forma parte de la jerga cotidiana, es la de Actividades de la Vida Diaria (AVD). El “Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional”, documento propuesto por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) que pretende abiertamente “universalizar” conceptos para lograr un “entendimiento común” entre sus profesionales, las define como “actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo (...) fundamentales para vivir en el mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar” (27, p. 30). Esta categoría incluye actividades tales como: bañarse-ducharse, ir al baño e higiene en el inodoro, vestirse, deglutir-comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal y actividad sexual. En cuanto a prácticas como la alimentación, según el mismo documento, consistirían en “preparar, organizar y llevar el alimento (o líquido) del plato o taza/vaso a la boca” (28, p. 30). Es destacable como, tanto esta última como el resto de las definiciones, se reducen a acciones “técnicas” y concretas que dejan de lado las múltiples determinaciones y complejidades que hacen posible tales actividades. Así, se delimita la alimentación a un conjunto de gestos, en este caso llevar la comida a la boca. Desde esta concepción no parece generarse demasiado espacio para abordar, ni siquiera periféricamente, las problemáticas sociales vinculadas con el acceso a los alimentos, los tabúes alimenticios (21) los rituales de comensalidad (29, 30, 31), las determinaciones de clase, género o etnicidad, entre tantas otras posibles (32, 33), o las crisis de sustentabilidad en la producción de esos alimentos. En este punto resulta claro cómo una teorización que hace eje en fenómenos biológicos del individuo, carece de elementos de análisis de la salud como proceso social articulado con elementos económicos, ideológicos, políticos, entre otros. Por su parte, el estudio minucioso de los hábitos alimenticios en diversas sociedades nos puede colocar en una posición privilegiada para analizar problemáticas ligadas a las formas de sociabilidad en cualquier contexto cultural, paso previo y esencial para pensar dispositivos de intervención en torno a esa AVD.

Otro eje sin duda problemático que atraviesa las formulaciones conceptuales de la AOTA se vincula con el asignado carácter “diario” de tales actividades. ¿Es bañarse una actividad diaria? ¿Y comer? Dejando de lado por un momento las explicaciones “culturales” que podrían marcar una diferencia respecto de las frecuencias y hábitos de tales actividades, los tintes normativos, y por ende etnocéntricos, de esta clase de definiciones no estimulan el desarrollo de sensibilidades analíticas de las diversidades. Por eso resulta legítimo preguntarse a quiénes incluye y a quiénes excluye esta taxonomía que se pretende universal. Diversos autores críticos (34; 35) han cuestionado, en sintonía explícita con enfoques decoloniales, que las categorías implementadas por la TO provienen de corrientes hegemónicas sostenidas en el pensamiento eurocéntrico. Más allá de que en este artículo no se pretenden zanjar debates de trascendencia para la teoría social contemporánea, e indepen-

dientemente del origen de las ideas y sus complejos e interesantes procesos de circulación (8), esa cierta normatividad con que la TO suele abordar los “imponderables de la vida real” (36, p. 36) presenta serias limitaciones para la comprensión de la realidad vivida de los sujetos que son objeto de algún tipo de intervención terapéutica.

Ello parece ser una constante para una TO que suele estar atravesada por muchas otras premisas normativas ampliamente aceptadas, como “independencia”. Como plantean Zango Martín & Moruno Millares (36), la idea de la independencia en el desempeño de las ocupaciones como un ideal a alcanzar, desconoce la variabilidad de los contextos culturales y situacionales en las que se desempeña el individuo. En el mismo sentido, afirma Iwama (11), “en terapia ocupacional, la independencia de las habilidades cotidianas es la consecuencia del rendimiento universalmente apoyado y celebrado [mientras que] la necesidad de depender de los demás se percibe negativamente, como un estado del ser que necesita mejora” (11, p. 8). Todo ello se liga también a otras definiciones más clásicas y hoy sumamente cuestionadas de concebir a la salud como la ausencia de cualquier tipo de enfermedad, padecimiento, patología o discapacidad, propia del modelo biomédico. Este abordaje parte de un supuesto ideal que configuraría la normalidad de la vida cotidiana en la búsqueda continua de:

“restituir la integridad del organismo, recuperar tal estado ideal, o bien la curación, otorgándoles a los profesionales de la salud un rol determinante en el proceso terapéutico. Desde esta representación, toda disfunción o alteración de la capacidad para realizar una ocupación es consecuencia del trastorno, daño o desarrollo anormal de los mecanismos implicados en su realización (sistema nervioso, musculo-esquelético, psíquico, etc.)” (37, p. 18-19).

Este enfoque es el que suele imponerse a partir de aquellos diagnósticos médicos que se formulan sin siquiera considerar las necesidades ocupacionales de la persona. De esa manera, se pierde de vista que “la capacidad para que un individuo pueda desempeñar funcionalmente las ocupaciones que le son propias puede ser restaurada a través del uso de actividades que mejoren las capacidades deficitarias de tales sistemas internos” (37, p. 18-19). Estos planteamientos conservan plena vigencia en el quehacer cotidiano de la TO y tienden a implementarse en mayor medida en contextos institucionales y bajo la supervisión médica.

Frente a estas concepciones, se destaca la relevancia de otros abordajes de la salud, en este caso las que priorizan la relación construida entre los actores, en tanto unidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales, pero en estrecha relación con su entorno. De esta manera, “la salud se concibe como una meta personal que puede coexistir con la patología, la enfermedad y la discapacidad. Según este enfoque, los modelos de atención de la salud se centran en las necesidades de la persona, de modo que el énfasis recae en la habilidad de la persona para afrontar los cambios que se producen en su capacidad personal y en sus circunstancias vitales” (37, p. 19). En el marco de este abordaje es que la Terapia Ocupacional toma los desempeños ocupacionales en relación con la persona y su ambiente, pero aún no consigue incorporar de modo sistemático “las causas sociales y las condiciones estructurales que llevan a las personas a vivir situaciones de enfermedad y discapacidad” (37, p. 20). En otros términos, como señalan Pino & Ulloa (13), “cuando hay determinantes estructurales fuertes, una TO centrada en el cliente acaba por desempoderar a las personas y sumiéndolas en un vacío ocupacional” (20, p. 426).

Para completar el análisis se hace necesario plantear “la salud y la capacidad como resultado de la equidad y la oportunidad social” (37, p. 20). Este abordaje “social” se concentra en favorecer cambios estructurales que promuevan una mayor equidad en cuanto a las oportunidades de acceso a un bienestar situado y vinculado con dimensiones tales como la autoestima, la felicidad o los sentimientos de plenitud. En ese contexto se destaca el concepto de justicia ocupacional (38) que refiere a la importancia de propiciar que los sujetos

puedan encontrar y, sobre todo, tener la oportunidad de acceder a ocupaciones significativas y placenteras, que además les permitan alcanzar cierto equilibrio tanto en la faz personal, interpersonal, familiar y comunitaria. Aquí también aparece otra noción problemática que es la de “equilibrio”, que parece subsidiaria de otras ideas más clásicas que entienden a la salud como sinónimo de un completo bienestar. Los ribetes utópicos que rodean la noción de equilibrio constituyen otro impedimento para pensar intervenciones realistas y plausibles para los actores. La tentación normativa y etnocéntrica está siempre al acecho y, de la misma manera que el infierno, a veces está pavimentado de buenas intenciones.

Terapia ocupacional, antropología y etnografía

Una de las contribuciones sustanciales que la formación en antropología social le puede aportar a un terapeuta ocupacional se relaciona con las competencias que ofrece acerca de la práctica etnográfica. Mucho más que un método o un conjunto de técnicas de recolección de datos, la etnografía está sostenida en densos postulados conceptuales de la antropología social que llevan a diseñar estrategias de investigación que apuntan a establecer un contacto estrecho y prolongado con los sujetos de estudio y, sobre todo, a dar cuenta de las perspectivas nativas, de las maneras en que se representan el mundo esos actores estudiados, que en este caso serían los “pacientes”. Nunca está de más recordar que la investigación etnográfica envuelve el trabajo de campo, el proceso que implica la conceptualización y definición de problemas, la perspectiva comparativa y la organización del texto producido por el investigador (39). Porque “el trabajo de campo no es el espacio de «recolección de datos», sino el escenario donde el investigador pone en interlocución sus categorías teóricas y prácticas de académico y de ciudadano con las categorías y prácticas nativas” (39, p. 59).

En el ámbito de la TO, Lawlor (40) propone la incorporación del “lente etnográfico” como superación de la tradicional mirada clínica. La autora prefiere emplear el concepto de “lente etnográfico” en vez de “mirada antropológica” para puntualizar en una “adopción consciente de un tipo específico de lente, diseñado para proveer una visión más clara; este uso es similar al de las lentes usadas en los anteojos, con el fin de maximizar la visión actual ya que proveen una modificación a una visión débil o distorsionada, o cuando la visión precisa ser reconfigurada” (40, p. 29-30). La autora plantea que se trata de un proceso de reconfiguración de la mirada, que comienza a captar un mundo nuevo y diferente en el inicio de su investigación. De allí que establezca que:

“para los terapeutas, como para los pacientes y sus familias, la pregunta dominante es «¿cómo podemos hacer para saber lo suficiente sobre el otro de modo que efectivamente podamos asociarnos?». El objetivo es la colaboración, y el grado en el cual los profesionales y sus pacientes necesitan conocerse mutuamente, es limitado por el grado en el cual el conocimiento es relevante para la intervención y el proceso de recuperación” (40, p. 32).

En el ámbito de la salud, esta limitación marcada por Lawlor entre la posibilidad de colaboración y conocimiento del *otro* frente al territorio de los saberes e incumbencias disciplinares, no es un aspecto menor. Una preocupación similar se encuentra en la obra de Emerson Merhy (41), quien postula que los productos del trabajo en salud son los “actos en salud”, constituidos al mismo tiempo por una dimensión cuidadora (que busca generar procesos de escucha y que no se limita a alguna profesión en particular) y una dimensión centrada en los saberes disciplinares y órdenes profesionales. Stolkiner (42), retomando esta propuesta, sugiere que toda escucha es un acto de hospitalidad y que sólo es posible a partir de una posición de desamparo de nuestras certezas, lo cual configura una contradicción inherente en el “acto de salud” ya que implicaría poner en suspenso uno de sus pilares: los saberes disciplinares. Es decir que, en cada acto de salud, emerge una tensión entre la posibilidad de subjetivación por medio de la escucha (de conocimiento y cooperación en términos de Lawlor) y una tendencia a la objetivación por medio de los

saberes disciplinares. Esta tensión, postula la misma autora, cesa cuando se anula una de sus dimensiones, pero, al ocurrir ello, se vulnera el acto en salud como conjunto. Es por ello que, más allá de las evidentes áreas de contigüidad entre la terapia ocupacional y los métodos etnográficos, resultan claras las incompatibilidades cuando lo que prima es la mirada clínica, habitualmente guiada por el modelo biomédico. Más allá de que los contrastes entre ambas miradas pueden no ser tan tajantes en la práctica profesional, lo que suele predominar es la construcción de relaciones de marcada asimetría a partir del vínculo entre profesionales y pacientes.

Lawlor (40) postula para la superación de la mirada clínica (y de la contradicción del acto en salud, en los términos antes postulados) que el profesional avance en cuatro dimensiones en sus modos de ser/estar en el mundo y percibirlo: la vulnerabilidad, el “estar presente”, las “habilidades sociales y sociabilidad humana” y la “reflexividad y autoconciencia”. De ellas cuatro, nos interesa destacar especialmente la vulnerabilidad, dimensión que le permite al investigador/profesional vincularse con el sufrimiento de las personas, que pueden ser víctimas de procesos de marginación y exclusión social o estar envueltos en conflictos que producen sujetos en situación de vulnerabilidad (maltrato, abuso, violencia familiar, violencia de género, etc.). Esta necesidad de hacerse vulnerable implicaría una forma de respetar y honrar las tramas vitales de los actores, además de vehículo e instrumento para que el investigador pueda participar y construir relaciones con los sujetos de estudio/intervención.

Las otras dimensiones formuladas por Lawlor son un tanto redundantes para un investigador de campo sistemático, pero resultan de utilidad para los investigadores y profesionales de la salud. En efecto, la mencionada vulnerabilidad puede lograrse si se complementa con “estar presente” (40), es decir, con la necesidad irrenunciable de conocer la vida cotidiana de los sujetos de estudio y potenciales destinatarios de una intervención. Comentarios similares pueden formularse acerca de la importancia de acceder a “un nivel de conexión y sensibilidad social que excede las características tradicionales de las relaciones profesional-paciente en los establecimientos de atención de la salud” (40, p. 34). Ello permite “una especie de libertad para interactuar y relacionarse que es simultáneamente más desafiante y menos restringida que las afrontadas en las relaciones clínicas. Formas aceptadas de manejar los matices de los intercambios sociales en el mundo clínico podrían aparecer como violaciones en las relaciones propias del mundo de la investigación, y viceversa” (40, p. 34). La tarea de cualquier profesional de salud lo coloca cotidianamente ante dilemas éticos situados que se relacionan con el grado de involucramiento que se les permite con sus pacientes, sean niños, actores vulnerados, entre muchas otras posibilidades en las que se pueden establecer fuertes conexiones emocionales con los sujetos. Finalmente, Lawlor también destaca otro elemento largamente tratado en la teoría antropología: la reflexividad, que consiste en un continuo ejercicio de objetivación de la subjetividad (y, por ende, de los propios prejuicios) del investigador. Esa “toma de conciencia potencialmente liberadora” (43, p. 156-7) le puede permitir al terapeuta

“sofocar sus directivas e instintos clínicos para permitir que ciertos eventos puedan desplegarse. La necesidad de ser autoconsciente sobre la postura del investigador, se continúa y se profundiza con el contacto prolongado. Cambios en la participación tanto en prácticas clínicas como de investigación, llevan a modificaciones en cómo la gente hace cosas que contribuyen tanto a la manera en que los individuos son percibidos por otros, y a su vez, cómo perciben su propia identidad” (40, p. 34).

La incorporación de esta lente etnográfica aporta a la praxis de TO un enfoque sobre el mundo social que hace hincapié en la diversidad de la experiencia humana. A partir de ello, “las tareas descriptivas de «simplemente» dar cuenta del punto de vista del nativo, constituyen metas complejas que consisten en poder encontrar coherencia y racionalidad en los sistemas simbólicos cercanos y lejanos” (44, p. 124). Aquí arribamos a un núcleo

central de interpelación a la cultura académica y profesional hegemónica en la terapia ocupacional. En efecto, la TO muestra una gran potencialidad para no necesariamente ser transformada, pero sí necesita habilitar la convivencia de distintos paradigmas, de “tribus académicas” (9) que postulen abordajes e intervenciones renovadoras, sostenidas en la innovación y en la hibridación con otras disciplinas, como en este caso la antropología. Como plantea Zango Martín et al (35), la incorporación de “lo cultural” en las intervenciones de TO no debe sólo interesarse por las particularidades de la cultura del “otro” (sistemas simbólicos lejanos) sino también por las del “nosotros” (sistemas simbólicos cercanos). Es en ese conjunto de encuentros y desencuentros de culturas (nosotros-otros) donde se hace posible empezar a delinear algunas respuestas frente una necesidad técnica “que mejore la eficacia terapéutica cumpliendo así con el hecho de ser una disciplina científica que dé respuesta a las necesidades y/o demandas de las personas que confían en el poder terapéutico de la ocupación” (35, p. 127).

Conclusiones

Las formulaciones hasta aquí presentadas, pretenden contribuir conceptualmente a la conformación de una TO híbrida con perspectiva de salud colectiva. Este enfoque de salud colectiva emerge como campo que integra perspectivas de las ciencias sociales, poniendo en valor una polisemia de visiones, por ejemplo, “acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los subcampos que la constituyen, e incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras, como una necesidad para comprender el PSEA en su complejidad” (45, p. 139). Así, este abordaje desde la salud colectiva como telón de fondo de esta propuesta, se erige como campo interdisciplinario donde confluyen diversas opciones teóricas, disciplinares y metodológicas, generando una propuesta de mayor amplitud interpretativa sobre los fenómenos que hacen a los PSEAC. Por ello, el objeto de la salud colectiva es construido en los límites de lo biológico y de lo social, donde “el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones” (6, p. 22). Nuestra propuesta va aún más allá, no sólo concibiendo lo interdisciplinario como “diálogo entre profesionales”, sino como *modo de ser* profesional (léase, híbrido). Por otro lado, se ha de mencionar que la propuesta de lo inter-“disciplinario”, en lo discursivo, limita su alcance a los saberes científico-académicos. La hibridez TO-Antropología, como se intentó explicar, cuestiona justamente la organización de los campos científicos como campos institucionales exclusivos de saber, al tiempo que incorpora las cosmovisiones de los “pacientes” y sus “ideas de salud” puestas en juego en lo colectivo. El ejercicio de una TO híbrida se sostiene así en la relevancia de considerar (y por ende investigar detalladamente) los constreñimientos socioculturales que operan los diversos procesos vitales. En el mismo sentido, la incorporación de la perspectiva de los actores permite reconocer apropiaciones del hacer situadas y ponderar la cotidianeidad como campo clave en la disputa de sentidos y significados que se gestan en “los sujetos siendo en la ocupación”.

Pensar, desde la salud colectiva, en términos de “proceso” de salud-enfermedad-atención-cuidado, lleva implícita la comprensión de un devenir articulador de la historia (por supuesto, con rupturas y continuidades, no exento de conflictos). Partir de una categoría central para la disciplina como es *actividad de la vida diaria*, y reafirmar desde allí la propuesta de una TO híbrida sostenida por los fundamentos de la antropología social, supone el convencimiento de que la vida cotidiana no está fuera de la historia, sino en el centro mismo del acontecer histórico (46). Es allí, entonces, donde esta propuesta adquiere su potencia transformadora. Problematizar las categorías de análisis disciplinar, a partir de la hibridez, supone un impacto político, en el sentido de tensionar una distribución de poder respecto de las “ideas de salud” en juego. Por otro lado, implica una reconfiguración de

la cultura académica-profesional que se propone habilitar modos-otros de producción de conocimiento e intervención. La polifonía resultante, deviene en un elemento que jaquea no sólo la pretendida universalidad de la TO hegemónica, sino también, sus privilegios de enunciación. Este corrimiento epistemológico habilita nuevas lecturas y problematizaciones que no se limitan ya a la práctica clínica tradicional, sino que abarcan, como ya se destacó, determinaciones de clase, étnicos, de género, etarias, entre muchas otras, además de las dimensiones políticas y económicas que atraviesan a los procesos sociales de salud. Como se dijo, la posibilidad de abreviar en la ciencia antropológica, más que un conjunto de métodos y técnicas de investigación, aporta a la constitución de una ética que parte del reconocimiento del otro y su mundo de significaciones. En el marco de las tareas investigativas, ello implica un proceso que interpela a la investigación como mero conjunto de “metodologías” a ser aplicadas en el campo de lo social, al tiempo que la reubica en su carácter político.

En una cultura académica que se nutre de conceptos pretendidamente universales, se recomienda y se adhiere enfáticamente a “una apuesta por el conocimiento crítico [que] necesariamente debe intentar asumir la multiplicidad de lo particular como perspectiva [donde] la parcialidad -y no la universalidad- sea la pretensión (y el presupuesto) del conocimiento” (47, p. 87). El camino de hibridez propuesto no admite ninguna receta, pero sí reconoce escenarios de disputas diversos. En el plano académico, y más específicamente en los planes de estudio, se estima necesaria la curricularización de espacios orientados a promover discusiones históricas y epistemológicas que tensionen los supuestos de “salud” disciplinar. Esto resulta central siendo el tiempo de formación en el ámbito educativo donde se lleva a cabo gran parte de la divulgación del ethos disciplinar. Respecto de los complejos procesos de circulación de ideas y teorías, se ha intentado explicitar la necesidad de conocimientos situados, locales y regionales. La elaboración de tesis de graduación con inclusión de una perspectiva antropológica constituye una práctica innovadora que va apuntalando un marco institucional propicio para una vocación híbrida. En relación a la práctica profesional, la ya mencionada posición de “vulnerabilidad” junto con el “estar presente” lleva a considerar las relaciones de poder que entran en juego en cada intervención terapéutica, instalando una búsqueda por garantizar el “derecho a la salud” desde una perspectiva ampliada. En definitiva, el desafío de la TO en el campo de la salud colectiva consiste entonces en contribuir al conocimiento de la sociedad a partir de etnografías intensivas, mediante la construcción de nuevas categorías analíticas que sean sensibles a las trayectorias diferenciales de grupos y colectivos, así como una vigilancia epistemológica estricta de los postulados que sostienen su hacer y, sobre todo, su dimensión aplicada.

Referencias bibliográficas

1. Latour B. Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Buenos Aires: Manantial; 2008.
2. Wallerstein I. Anthropology, Sociology, and Other Dubious Disciplines, *Current Anthropology*. 2003; 44(4):453-465.
3. Guajardo A. Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la terapia ocupacional crítica, *Revista TOG*. 2012; 9(1):18-29.
4. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores, *Salud Colectiva*. 2005; 1(1):9-32.
5. Simo Algado S. Terapia ocupacional, cultura y diversidad, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2016; 24(1):9 páginas. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0677>.
6. Almeida Filho N., Silva Paim, J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*. 2008; 75: 5-30.
7. Gil GJ., Incauragarat MF. La mirada antropológica como parte de la formación de

- profesionales de la salud. Experiencias y reflexiones, Praxis educativa. 2018; 22 (2): 37-46. <http://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2018-220304>
8. Collins R. The Sociology of Philosophies. A Global Theory of Intellectual Change. Cambridge: The Belknap Press; 2002.
 9. Becher, T. Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas. Gedisa: Barcelona; 2001.
 10. Iwama M, Simó Algado S y Kapanadze M. Michael Iwama: En busca de una Terapia Ocupacional culturalmente relevante, Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia. 2008; 5(2):29 páginas. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/maestros.pdf>.
 11. Simo Algado S. Terapia ocupacional eco-social: hacia una ecología ocupacional I, Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2012; 20:7-16.
 12. Sousa Santos B. El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política. Madrid: Trotta, 2005.
 13. Bauman Z. Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona. Tusquets; 2005.
 14. Dussel E. Ética de la liberación en la sociedad de la globalización y la exclusión. Madrid: Trotta; 2006.
 15. Galheigo, S. Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia ocupacional y compromiso ético-político, Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG. 2012; 9(5). Disponible en <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>.
 16. Silva C et al. La terapia ocupacional y la cultura: miradas a la transformación social, Revista chilena de Terapia Ocupacional. 2017; 1(1):105-113.
 17. Silva C et al. Terapias ocupacionales del sur: demandas actuales desde una perspectiva socio-histórica. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 2019; 3(2):172-178.
 18. Roseli et al. Historia, conceptos y propuestas en la Terapia Ocupacional Social de Brasil. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2015; 15(1), 73-84.
 19. Guajardo A. Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Sudamérica. Una perspectiva de reflexión crítica, Revista Ocupación Humana. 2016; 16(2): 110-117.
 20. Pino Morán J, Ulloa F. Perspectiva crítica desde Latinoamérica: hacia una desobediencia epistémica en terapia ocupacional contemporánea. Cad. Ter. Ocup. 2016; 24(2):421-427.
 21. Naberger, M et al. Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina, Revista Argentina de Terapia Ocupacional. 2019; 5(2): 12-27.
 22. Paganizzi L. TO en Comunidad – Comunidad en TO. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, pp. 36-47. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Entre Ríos. Paraná: COTOER; 2015
 23. Cella A, Polinelli S. Conferencia: historia, encuentros con el otro, espacios de emancipación, Revista Argentina de Terapia Ocupacional. 2017; 3(1):35-38.
 24. Guber R. El salvaje metropolitano. A la vuelta de la antropología posmoderna. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós; 2005.
 25. Chalmers, A. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? México: Siglo XXI; 2000.
 26. Viveiros de Castro E. Metafísicas caníbales. Líneas de antropología postestructural. Buenos Aires: Katz; 2010.
 27. Asociación Americana de Terapia Ocupacional - AOTA. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. Dominio & Proceso. 3ra ed; 2014. Recuperado en https://www.academia.edu/36217859/DIscrib_com_aota_2014_traducida_u_mayor

28. Sahlins M. Cultura y razón práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica. Barcelona: Gedisa; 1997.
29. Archetti E. Hibridación, pertenencia y localidad en la construcción de una cocina nacional. En: Altamirano C., editor, La Argentina del siglo XX. Buenos Aires: Ariel; 1999.
30. Grignon C. Commensality and Social Morphology: An Essay of Typology. En Peter Scholliers (ed.) Food, Drink and Identity. Cooking, Eating and Drinking in Europe since the Middle Ages. Oxford and New York: Berg; 2001.
31. Gil GJ. Fútbol y ritos de comensalidad. El *chori* como referente de identidades masculinas en la Argentina, *Antropológica*. 2004; 22: 7-29.
32. Mintz S. Dulzura y poder. El lugar del azúcar en la historia moderna. México: Siglo XXI; 1996.
33. Goody J. Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada. Barcelona: Gedisa; 1995.
34. Valderrama Núñez, C. Terapias Ocupacionales del Sur: una propuesta para su comprensión. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019; 27(3): 671-680.
35. Zango I, Émeric D, Cantero P. La cultura en la intervención de Terapia Ocupacional: escuchando otras voces, *Revista de Terapia Ocupacional Galicia TOG*. 2012; 5(1):125-149.
36. Malinowski B. Los argonautas del Pacífico occidental. Comercio y aventura ente los indígenas de la Nueva Guinea melanésica. Barcelona: Península; 2000.
37. Zango Martín I, Moruno Millares P. Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural, *AIBR. Revista Iberoamericana de Antropología*. 2013; 8 (1): 9-48.
38. Wilcock AA, Townsend EA. Occupational justice. En Crepeau EB et al., editores, *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2009
39. Guber R. La articulación etnográfica. Descubrimiento y trabajo de campo en la investigación de Esther Hermitte. Buenos Aires: Biblos; 2013.
40. Lawlor M. Gazing Anew: The Shift From a Clinical Gaze to an Ethnographic Lens, *The American Journal of Occupational Therapy*. 2003; 57(1):29-39.
41. Merhy E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires. Lugar Editorial; 2006.
42. Stolkner A. ¿Qué es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud. En: Tollo M, editor, *Escuchar las infancias*. Buenos Aires: Noveduc; 2019.
43. Bourdieu P, Wacquant L. Respuestas. Por una antropología reflexiva. México: Grijalbo; 1995
44. Gil GJ. De las imposturas a los «trucos de oficio». Reflexiones «metodológicas» desde la antropología social, *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 2018; 40:107-128.
45. Liborio M ¿Por qué hablar de salud colectiva?, *Rev Médica de Rosario*. 2013; 79:136-141.
46. Heller, A. Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Península; 1987.
47. Testa D. Conferencia: El amuleto crítico-epistemológico, *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*. 2019; 5(1):85-88.