



# PROMOCIÓN, ALFABETIZACIÓN E INTERVENCIÓN EN **SALUD**

Coordinadora: Aída Valero Chávez



PAPIIT IN310116



**PROMOCIÓN, ALFABETIZACIÓN E INTERVENCIÓN  
EN SALUD: EXPERIENCIAS DESDE  
LA MULTIDISCIPLINA**

## Universidad Nacional Autónoma De México

Dr. Enrique Graue Wiechers  
*Rector*

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas  
*Secretario General*

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez  
*Secretario Administrativo*

Dr. Alberto Ken Oyama Nakagawa  
*Secretario de Desarrollo Institucional*

Lic. Raúl Arcenio Aguilar Tamayo  
*Secretario de Prevención, Atención  
y Seguridad Universitaria*

Dra. Mónica González Contró  
*Abogada General*

Mtro. Néstor Martínez Cristo  
*Director General de Comunicación Social*

## Escuela Nacional de Trabajo Social

Mtra. Leticia Cano Soriano  
*Directora*

Mtra. Carmen Casas Ratia  
*Secretaria General*

Mtro. Jorge Hernández Valdés  
*Secretario Académico*

Lic. José Armando Hernández Gutiérrez  
*Secretario Administrativo*

Lic. Fernando Cobian Coronado  
*Secretario de Planeación y Vinculación*

Lic. Humberto Isaac Chávez Gutiérrez  
*Secretario de Apoyo y Desarrollo Escolar*

Lic. David Martínez Dorantes  
*Oficina Jurídica*

Mtro. Francisco Calzada Lemus  
*Coordinador del Programa de Maestría en Trabajo Social*

Lic. Juliana Ramírez Pacheco  
*Jefa de la División de Estudios de Posgrado*

Lic. Norma Angélica Morales Ortega  
*Jefa de la División de Estudios Profesionales*

Dr. Pedro Isnardo de la Cruz Lugardo  
*Coordinador de Investigación*

Lic. María Eunice García Zúñiga  
*Coordinadora del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia*

Mtra. Rubria Mónica Fernández Rivera  
*Coordinadora del Centro de Educación Continua*

Lic. Juan Sánchez Brito  
*Coordinador de Comunicación Social*

Mtra. G. Araceli Borja Pérez  
*Coordinadora del Centro de Información y Servicios Bibliotecarios*

Mtra. Adriana Hernández Morales  
*Jefa del Departamento de Publicaciones*

Lic. Mónica Escobar Escobar  
*Jefa del Departamento de Fomento Editorial*



# **PROMOCIÓN, ALFABETIZACIÓN E INTERVENCIÓN EN SALUD: EXPERIENCIAS DESDE LA MULTIDISCIPLINA**

Aída Imelda Valero Chávez  
Coordinadora

2019

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas  
**Nombres:** Valero Chávez, Aída, editor.  
**Título:** Promoción, alfabetización e intervención en salud : experiencias desde la multidisciplinaria / Aída Imelda Valero Chávez, coordinadora.  
**Descripción:** Primera edición. | Ciudad Universitaria, CDMX : Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, 2019.  
**Identificadores:** LIBRUNAM 2046919 (libro electrónico) | ISBN 9786073013550 (libro electrónico).  
**Temas:** Alfabetización en salud. | Salud - Aspectos sociales.  
**Clasificación:** LCC RA773.74 (libro electrónico) | DDC 610—dc23

1a. edición



D.R. © 2019 Universidad Nacional Autónoma de México  
Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, CDMX  
Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM

Primera edición

ISBN: 978-607-30-1355-0

Catalogación:

Cuidado de la edición: Departamento de Publicaciones ENTS  
Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio sin autorización escrita de su legítimo titular de derechos.

Esta obra se publicó con la aportación de recursos del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) número IN310116.

Diseño de portada: Alejandra Carolina Ramírez Cázares.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Hecho en México.

## CONTENIDO

<b>Presentación</b>	11
<b>Introducción</b>	13
<b>I. Investigación acerca de la alfabetización en salud</b>	17
<b>Alfabetización en salud en los tres estamentos del campus central de la Universidad de Panamá</b> <i>Miguel Ángel Cañizales Mendoza, Noemí Farinoni, Donna Roper, Maura Núñez, Ligia Tenorio, Francia Nero, Maira Nela Franceschi, Marita Mojica, Rebeca Martínez, Consuelo Maritza Barrios, Débora Jael Camarena.</i>	
<b>Medición de alfabetización en salud en estudiantes de primeros años de carreras de la salud y de educación de la Universidad de Concepción: aplicación del Hls-Eu Q47, versión adaptada al contexto chileno, marzo-mayo de 2015</b> <i>Martín Zilic Hrepic, Aldo Vera Calzaretta, María Erika Herrera, María Paz Casanova, Omar Salazar, Paula María de Orué Ríos</i>	43
<b>Alfabetización en salud funcional y percibida en estudiantes de Educación Secundaria en Murcia, España</b> <i>Aurelio Luna Ruiz-Cabello, Lucía Fernández López, Aurelio Luna Maldonado, María Falcón Romero</i>	65
<b>Alfabetización en salud en estudiantes de las licenciaturas de Ciencias, Filosofía y Letras, Medicina, Psicología, Química, Enfermería y Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México</b> <i>Aída Valero Chávez, Marco Cisneros, Norma Cruz Maldonado, Claudia Ruiz Pérez, Suemy de la Rosa Olivares</i>	75
<b>II. Intervención social en salud</b>	101
<b>La promoción social como una estrategia de educación social para la salud: el caso de la formación de promotoras comunitarias contra el cáncer de la Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer (AMLCC)</b> <i>Norma Cruz Maldonado, Araceli Carreto Ortiz</i>	103
<b>Promoción de la salud mental: una necesidad ante los síntomas de ansiedad, depresión y síndrome de burnout en el profesorado universitario</b> <i>Guillermo Martínez Cuevas, Joanne Melissa Keller Ascencio</i>	115
<b>Autocuidado de la salud en el adolescente</b> <i>Elizabeth Verde Flota, Enrique Cerón Ferrer, Juan Gabriel Rivas Espinosa</i>	131
<b>Dimensiones de la alfabetización en salud en estudiantes de la licenciatura en Trabajo Social de la UNAM</b> <i>Aída Valero Chávez, Ezra Ramón Noria Moreno</i>	145
<b>III. La formación de recursos humanos para la promoción, educación y alfabetización en salud.</b>	171

<b><i>Las universidades promotoras de la salud. Conceptualización y relevancia en Iberoamérica</i></b>	173
<i>Hiram V. Arroyo Acevedo</i>	
<b><i>La formación de recursos humanos en la promoción de la salud, el caso de la Facultad de Medicina de la UNAM</i></b>	187
<i>Aurora Farfán Márquez</i>	
<b>IV. Visión de la salud y la enfermedad desde la Medicina</b>	195
<b><i>Ideología de la práctica médica en tiempos de la hipermodernidad</i></b>	197
<i>Alejandra Rodríguez Torres, Edgar C. Jarillo Soto, Donovan Casas Patiño</i>	
<b><i>Las distintas concepciones de la enfermedad. Una indagación desde la medicina narrativa en México</i></b>	213
<i>Carolina Martínez Salgado</i>	
<b><i>Conocimiento, experiencia y salud. Reflexiones desde la historia oral</i></b>	231
<i>Margarita Pulido Navarro , Ricardo Cuéllar Romero</i>	
<b><i>Sobre los autores</i></b>	245





## PRESENTACIÓN

Durante el año 2014, la UNAM distinguió a la Escuela Nacional de Trabajo Social al designar a la Dra. Aída Valero Chávez como representante ante el Consorcio Internacional de Alfabetización para América Latina y el Caribe. En el marco de dicho proyecto internacional inter universitario, mediando el desarrollo de un proyecto especial PAPITT bajo su titularidad y en colaboración con los estudios que impulsa el Centro de Estudios e Investigación Social en Salud y Discapacidad de la Escuela Nacional de Trabajo Social, la Dra. Valero coordinó la producción del libro Promoción, Alfabetización e Intervención en salud: experiencias desde la visión multidisciplinar.

Se trata de un estudio comparado de cuatro universidades públicas sobre el estado de la alfabetización en salud entre jóvenes universitarios con sede en Panamá, España, Chile y México.

El diagnóstico y los resultados de la investigación social aplicada son glosados por aportes multidisciplinarios en torno a diversas vertientes críticas de atención e intervención profesional y crítica para profesionales de Trabajo Social y disciplinas socio médicas: historia oral y concepciones de la enfermedad; promoción social a nivel de la educación social (formación de promotores comunitarios); promoción de la salud mental (con impacto en sintomatologías de ansiedad, depresión y Síndrome de Burnout); autocuidado de la salud; formación de recursos humanos...contribuciones que refieren reflexiones disciplinares, procesos formativos y buenas prácticas para docentes universitarios, adolescentes, organizaciones sociales especializadas en la atención de enfermedades terminales y procesos educativos impulsados desde las universidades públicas.

Promoción, Alfabetización e Intervención en salud: experiencias desde la visión multidisciplinar, constituye así una obra de lectura indispensable para universitarias y universitarios, especialistas, profesionales y redes de organizaciones e instituciones que participan cotidianamente en procesos de educación social, promoción para la salud e interesados en procesos formativos, de atención e innovación en Trabajo Social y en Salud Pública.

Es un estudio multidisciplinar de nivel internacional no sólo por los contextos universitarios analizados transnacionales, sino también, por el nivel de exploración y profundidad analítica, investigación aplicada para el diseño de políticas universitarias y a la vez, de políticas públicas con enfoque alfabetizador en salud y, por supuesto, por la evidencia casuística documentada que la obra despliega en su plenitud, configurando el crisol de nuevas metodologías y estrategias en beneficio de una cultura de autocuidado y atención integral – en beneficio de hábitos y condiciones de calidad de vida-, desde prácticas médicas, formativas, clínicas y de desarrollo social, educativo y comunitario edificantes.

Mtra. Leticia Cano Soriano  
Directora de la Escuela Nacional de Trabajo Social



## INTRODUCCIÓN

La Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), fomenta el desarrollo de la investigación fundamental y aplicada y la formación de grupos de investigación en y entre las entidades académicas por medio de proyectos de investigación, como se desarrolló el proyecto en los años 2015 y 2016.

Para la elaboración de este libro se invitó a diversos académicos que de una u otra forma llevan a cabo investigaciones relacionadas con la promoción y la alfabetización en salud. Es así que se han integrado diversos enfoques sobre filosofía, actores, perspectivas de la salud y, particularmente, acerca de la alfabetización en salud. Los capítulos se han organizado en cuatro grandes apartados:

### 1.- Investigaciones acerca de la alfabetización en salud.

Así, encontramos la investigación coordinada por el doctor Miguel Ángel Cañizalez Mendoza, que mide la Alfabetización en Salud en los tres estamentos universitarios: docentes, administrativos y estudiantes de la Universidad de Panamá. Esta investigación, pretende aportar información para establecer políticas públicas dentro de la institución. Es un estudio exploratorio de tipo no probabilístico desarrollado en el año 2015 en el que se trabajó con una muestra de 1,234 sujetos. El cuestionario estuvo compuesto por 46 reactivos, que representan 12 dimensiones.

Por su parte la Universidad de Concepción, en Chile, a través de la investigación del doctor Martín Zilic, en colaboración con la ORELAC de la UNESCO, quienes refieren que la alfabetización en salud es un importante predictor de inequidades sociales y de malos estados de salud. En este capítulo se seleccionó un instrumento de medición de alfabetización en salud para ser aplicado en el contexto regional. El instrumento elegido fue el cuestionario HLS-EU, realizado en el año 2015 y que fue aplicado a estudiantes de primeros años de carreras de la salud y de educación. Los resultados revelaron bajos niveles de alfabetización en los estudiantes, lo que deja de manifiesto la necesidad de mejorar los esfuerzos a nivel de políticas públicas para propiciar el aumento de las competencias de la población en temas de salud.

El estudio acerca de la alfabetización en salud en las facultades de Ciencias, Filosofía y Letras, Medicina, Química y las escuelas de Enfermería y Obstetricia y la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, coordinado por la doctora Aída Valero Chávez y colaboradores presenta los resultados obtenidos en los estudiantes de estas entidades académicas y se compara con los resultados de otras universidades públicas que han hecho estas mediciones como resultado del proyecto PAPIIT IN310116 y del Consorcio Internacional Alfabetización en Salud para los países latinoamericanos y del Caribe.

La doctora María Falcón Romero, con un equipo de académicos de la Universidad de Murcia, España, realizaron en 2017 un estudio acerca de la alfabetización en salud en niños y adolescentes ya que esta se encuentra cobrando gran relevancia por su papel en la prevención de conductas de riesgo y la consolidación de hábitos saludables. El objetivo principal de este trabajo fue analizar los niveles de alfabetización en salud funcional de alumnos del último curso de educación secundaria obligatoria en Murcia, España, así como comprobar la factibilidad de utilizar este instrumento en grupo en clase.

## 2. La intervención social en salud.

Los capítulos hacen referencia a las intervenciones sociales que se realizan frente a diversos problemas de salud; encontraremos el abordaje que realiza trabajo social a través del capítulo “La promoción social como una estrategia de educación social para la salud: el caso de la formación de promotoras comunitarias contra el cáncer de mama, donde la maestra Norma Cruz Maldonado y Araceli Carreto hacen referencia a lo realizado por la Asociación Mexicana de la Lucha Contra el Cáncer A. C. que realiza acciones para la detección oportuna del cáncer de mama a través de la implementación del proyecto *Formación de promotoras comunitarias contra el cáncer*. Éste implementa un conjunto de acciones encaminadas a generar una cultura del autocuidado y la práctica de estudios clínicos que permiten la detección temprana, todas éstas enmarcadas en la promoción de la salud. Se ha privilegiado su implementación en comunidades de alta y muy alta marginalidad de las delegaciones Iztapalapa, Tláhuac, Gustavo A. Madero, Tlalpan y en los municipios de Ixtapaluca y Valle de Chalco.

El estudio acerca de los riesgos de la salud mental del profesorado es otra investigación que destaca la importancia de la promoción de la salud docente. El doctor Guillermo Martínez Cuevas, académico de la Facultad de Filosofía y Letras, considera la importancia de que el profesorado universitario cuente con una salud mental que le permita desarrollar sus actividades de manera exitosa. El trabajo docente es señalado como un factor de riesgo por presentar ansiedad, depresión y el síndrome de *burnout*.

Con la finalidad de que la alfabetización en salud cumpla con su función preventiva a temprana edad, se presenta un capítulo en torno al autocuidado de la salud en el adolescente, los autores maestra Elizabeth Vera Flota y colaboradores señalan que el cuidado de la salud es una conducta aprendida durante el desarrollo de la persona, dirigida hacia sí misma, que inicia a través de relaciones interpersonales con los integrantes de su entorno durante el crecimiento, de forma deducida e intencional, ya que esta capacidad se encuentra en regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Por su parte, la Escuela Nacional de Trabajo de la UNAM presenta una investigación coordinada por la doctora Aída Valero Chávez y que forma parte del Programa de Jóvenes a la Investigación en Trabajo Social, en torno a los conocimientos sobre alfabetización en salud que tienen los estudiantes universitarios a fin de identificar el grado en que las variables demográficas, los recursos, las capacidades y los conocimientos previos afectan las habilidades de alfabetización de la salud y el grado en que las habilidades de alfabetización de la salud influyen en diferentes mediadores y resultados y describen la relación entre la alfabetización de la salud, la comprensión de la información de salud, hábitos de salud y el comportamiento de la salud. El estudio fue exploratorio, transversal, realizado en 2016 y 2017.

## 3. La formación de recursos humanos para la promoción, educación y alfabetización en salud.

Respecto a la promoción de la salud, el doctor Hiram V. Arroyo, de la Universidad de Puerto Rico, hace una reflexión en torno al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud (UPS) que se ha expandido a nivel nacional y regional. El autor señala

que coexisten diversas definiciones, enfoques y perspectivas de las iniciativas de las UPS que se han desarrollado durante los últimos años, lo que denota el interés y la necesidad de invertir en esta iniciativa salubrista globalizada. El papel de las UPS pretende desarrollar políticas institucionales, acciones programáticas y condiciones ambientales favorables a la salud en el campus. Se reclama una cultura de promoción de la salud en las universidades que propenda al desarrollo humano y social de sus constituyentes (estudiantes, docentes y personal universitario en general).

La maestra en ciencias Aurora Farfán Márquez, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, presenta una reflexión en torno a la formación de recursos humanos para la salud; ella plantea la imperiosa necesidad de que los estudiantes de medicina estén mejor capacitados para atender a la población más vulnerable tomando en cuenta su contexto social y cultural en México. Estos profesionales, se señala, son el eje troncal para la cobertura nacional en salud y su adecuada formación permitiría que sean eficientes y aptos para otorgar una atención médica eficaz, oportuna y de calidad en un marco intercultural que valore su diversidad étnica y lingüística, y que reconozca y aprecie sus conocimientos ancestrales sobre la salud.

#### **4. Visión de la salud y la enfermedad desde la medicina.**

La doctora Alejandra Rodríguez Torres e integrantes de su equipo de investigación hacen un análisis sobre la situación de la práctica médica en torno a la ideología médica en la hipermodernidad, el capítulo se nos ofrece a través del abordaje de los cambios socio-políticos y la relación con el Estado hasta la época actual donde se observa una práctica médica con rasgos de desprofesionalización y proletarización que permea no sólo en la relación con el paciente, sino además está latente un choque ideológico entre lo que se construyó de la profesión médica en su naturaleza asistencial, altruista, religiosa y humanística, contra las exigencias hipermodernas mercantilistas, individualistas, hedonistas, fugaces e inciertas. En estos momentos de hipermodernidad, junto a las reformas estructurales, existe una contradicción entre los intereses de los pacientes y los de los profesionales de la medicina, entre los intereses del estado y los recursos disponibles (físicos, humanos, económicos) lo que va en detrimento de la salud del pueblo mexicano.

En el capítulo de las distintas concepciones de la enfermedad la doctora Carolina Martínez Salgado realiza una revisión histórica en torno a las distintas concepciones de la enfermedad, se ofrece una indagación desde la medicina narrativa en México, la profesión médica y la práctica médica como procesos socio-históricos que han evolucionado pero además conservan algunas características de la vieja escuela relacionadas con sus valores y principios. Esta indagación exploratoria y reflexiva condujo a percibir varias de las aristas de este desencuentro y a buscar posibilidades para enfrentarlas a partir de los postulados de la medicina narrativa.

Por último, en este libro la maestra Margarita Pulido Salgado y el doctor Ricardo Cuelar Romero pretenden desenvolver desde la historia oral una posición crítica y dirigir la atención a una postura de gran alcance con la que le sea posible profundizar en el conocimiento, en el concepto, pero también en la experiencia y el sentido, acerca de cómo las personas son afectadas en su ser existencial por la producción capitalista, entendida como un proceso determinado social e históricamente.



# I. INVESTIGACIÓN ACERCA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD



## ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN LOS TRES ESTAMENTOS DEL CAMPUS CENTRAL DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

*Miguel Ángel Cañizales Mendoza, Noemí Farinoni, Donna Roper, Maura Núñez, Ligia Tenorio, Francia Nero, Maira Nela Franceschi, Marita Mojica, Rebeca Martínez, Consuelo Maritza Barrios, Débora Jael Camarena.*

### Resumen

Esta investigación mide la alfabetización en salud (AES) en los tres estamentos universitarios: docentes, administrativos y estudiantes de la Universidad de Panamá.

La AES es un concepto que se ha ido desarrollando y es reconocido cada vez más por la comunidad científica. Aunque actualmente existe información sobre cuidados de la salud, prevención y promoción, se carece de preparación para acceder a información adecuada en salud, para comprenderla, procesarla, juzgarla y aprovecharla para la toma de decisiones, sobre la salud individual y comunitaria, como también aplicarla adecuadamente a las circunstancias que se presentan.

Evidencias científicas han demostrado que la AES tiene un papel clave, positivo, en el manejo efectivo de la situación de salud y condiciona el uso de los servicios; su ausencia tiene impacto en la mortalidad, en una mayor hospitalización y en un aumento de los costos humanos y económicos.

Esta investigación pretende aportar información para establecer políticas públicas dentro de la institución. Es un estudio exploratorio. Se trabajó con una muestra de 1 234 sujetos, de tipo no probabilística. El cuestionario estuvo compuesto por 46 reactivos que representa 12 dimensiones; conocimiento.

**Palabras clave:** alfabetización en salud, dimensiones, índice de salud.

### Abstract

This research measures the Literacy in Health (LH), in the three university communities, university teaching staff, administrative and students of the University of Panama. The LH is a concept that has been developed and recognized increasingly by the scientific community. Today there is information available on health care, prevention and promotion, there is a lack of preparation to access adequate health information, to understand it, to process it, to judge it and take advantage of it for decision-making, on individual and community health, as well as to apply it appropriately to the arising circumstances.

Scientific evidences have shown that Health Literacy plays a key, positive role in the effective management of the health situation and conditions the use of services, has an impact on mortality, a mayor hospitalization and an increase in human and economic costs.

This research is intended to offer information to establish public policies, within the institution. It is an exploratory study. A sample of 1234 subjects, of non-probabilistic type, was used. The questionnaire was composed of 46 reagents, representing 12 dimensions; knowledge.

## Antecedentes internacionales

La AES (Health Literacy, HL en inglés) es un concepto introducido en los años 70 en el mundo anglosajón, que se ha ido desarrollando y que ha sido reconocido cada vez más por la comunidad científica. Diversas disciplinas abordan los dos temas (salud y alfabetización) y han sufrido cambios significativos hasta el día de hoy.

La preocupación principal es que todos nos enfrentamos a situaciones y decisiones que tienen que ver con nuestra salud y la afectan. A pesar de que en la actualidad se cuenta con numerosa información sobre estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y para participar en los tratamientos de las enfermedades que se padecen, se carece de información sobre la preparación que tiene la población para acceder a esta información, entenderla, procesarla y aplicarla adecuadamente a las circunstancias que se le presenten.

La AES implica saber cómo acceder a la información adecuada, interpretarla, juzgarla y aprovecharla para tomar decisiones bien fundamentadas sobre la propia salud y la de la comunidad.

La evidencia científica de las últimas tres décadas señala que la AES tiene un papel clave en el manejo efectivo de la situación de salud, que ofrece resultados clínicos concretos, positivos y condiciona el uso de los servicios de salud.

Es importante considerar que la AES no depende exclusivamente de las capacidades individuales de los ciudadanos, también resulta de la interacción entre las demandas de los diferentes sistemas de salud y las habilidades de los individuos inmersos en ellos.

Son numerosos los beneficios de una AES adecuada, no sólo para el individuo que sabe gestionar su salud, sino también para la sociedad, ya que una AES inadecuada genera mayores problemas de salud a nivel individual y costes elevados, con recursos cada vez más escasos, para la sociedad en general.

En este sentido, la investigación sobre la alfabetización en salud de la población aportaría elementos para iniciativas de políticas en este campo, que podrían reducir los efectos negativos considerados.

## El proyecto europeo de alfabetización en salud

El proyecto (HLS-EU), financiado por la Comisión Europea, estuvo formado por ocho países (Grecia, Irlanda, los Países Bajos, Austria, Polonia, España, Bulgaria y Alemania) coordinados por la Universidad de Maastricht y se planteó la necesidad de investigar en el campo de la AES y documentar, por primera vez, datos relativos en los países europeos, como también contar con indicadores para la vigilancia y establecer una Red Europea de Alfabetización en Salud.

La primera etapa del proyecto consistió en realizar una revisión sistemática de la bibliografía especializada con el fin de identificar las definiciones, los marcos conceptuales y las herramientas de medida existentes de AES. Se analizaron los contenidos para identificar las dimensiones centrales de la AES y desarrollar un modelo integrado de medida. De esta manera, el proyecto de la HLS-EU propuso su propio modelo, que abarca tanto el punto de vista médico-asistencial como el de salud pública de la AES.

## Antecedentes nacionales

En octubre de 2012, el doctor Miguel Ángel Cañizales, de la Universidad de Panamá, participó en un foro de Expertos en Educación en Salud de países Latinoamericanos y en una reunión ministerial, donde asistieron ministros de educación de las Américas y representantes de organismos internacionales que dieron a conocer experiencias exitosas e intervenciones comunitarias en beneficios de la salud, organizado por la Secretaría de Educación Pública y por la Secretaría de Salud de México. A partir de este momento, hay un acercamiento al tema de AES, con el doctor Martín Zilic, exministro de educación de Chile, y que representaba a la Universidad de Concepción, de Chile; la doctora Mary Guin Delaney, asesora regional de Educación para América Latina y el Caribe de la UNESCO, y el doctor Miguel Ángel Cañizales, Coordinador de Proyectos Educativos de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrados de la Universidad de Panamá.

Posteriormente, la Universidad de Panamá realizó el XXVI Congreso Científico Nacional, organizado por la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, invitando al doctor Martín Zilic a exponer los estudios realizados en la Universidad de Concepción sobre obesidad.

En esta oportunidad se realizó una nueva reunión, donde se acordó conformar un Consorcio Regional dedicado al tema de AES, parecido al Consorcio Europeo, con sede en Holanda, en la Universidad de Maastricht.

En diciembre del año 2013, este grupo organizó un seminario-taller denominado Consorcio Regional para la Alfabetización en Salud en Latinoamérica, incluyendo la segunda fase de trabajo de este macro –proyecto, donde se integraría a otras universidades en la investigación regional sobre AES. Estas universidades serían en principio la Universidad de Concepción, de Chile; la Universidad de Panamá, la Universidad de San Marcos, de Perú; la Universidad de Campinas (Brasil) y la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este seminario estudió los diseños de los instrumentos para poder evaluar el grado de AES en la comunidad universitaria, y el objetivo que debían contribuir a implementar acerca de los contenidos de la intervención y la evaluación del efecto que surja de esa intervención.

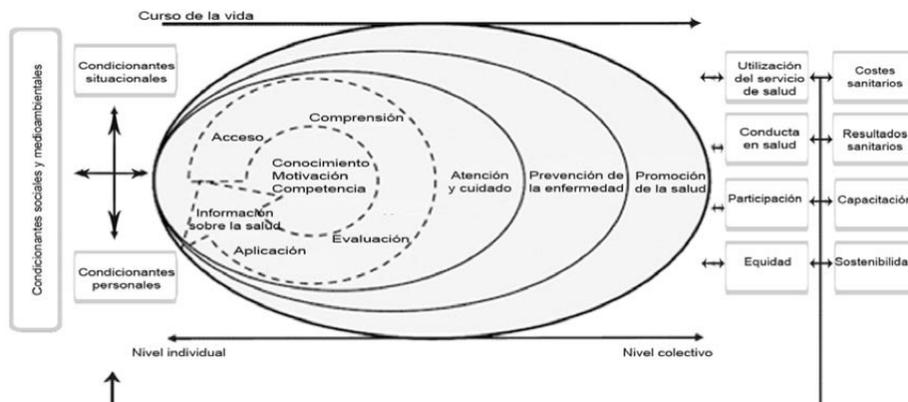
Se llegó a la conclusión de que hay que buscar alianzas estratégicas con universidades europeas, redes científicas y tecnológicas de centros de investigación, dada la importancia de vincularse a las redes globales académicas y de investigación para lograr el establecimiento de contactos al más alto nivel en los países participantes.

## Definición y modelo conceptual de la AES

En la propuesta del modelo conceptual del proyecto europeo, se definió la AES como: “La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta” (Sorensen *et al.*, 2011).

Se identificaron tres dimensiones de la salud o tres niveles de dominio: estar enfermo/asistencia sanitaria; estar en riesgo/prevención de enfermedades y estar sano/promoción de la salud.

Figura núm. 1. Modelo conceptual de alfabetización en salud HLS-EU (Sorensen, 2012).



Fuente: Proyecto HLS-EU, European Health Literacy Survey, 2012.

Además, se identificaron cuatro modos de gestionar la información: encontrarla, entenderla, evaluarla y aplicarla, para adoptar decisiones de calidad sobre nuestra salud. Al combinar estas dimensiones y modos se obtuvo una matriz con 12 subdimensiones que constituyen los pilares del cuestionario de alfabetización en salud.

## Características clave de la Encuesta sobre Alfabetización en Salud

La Encuesta sobre Alfabetización en Salud fue aplicada en la Universidad de Panamá, durante el segundo semestre de 2015. En esta encuesta participaron los tres estamentos universitarios: profesores, personal administrativo y estudiantes.

### Características del instrumento para medir la AES.

Para medir la AES, en la Universidad de Panamá se utilizó el instrumento elaborado por el proyecto europeo, que deriva del modelo conceptual. El modelo conceptual lo integran tres áreas relevantes: cuidado de la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud y cuatro etapas de procesamiento relativas a la salud, pertinentes para la toma de decisiones y tareas relevantes.

Estas áreas y etapas combinadas configuran una matriz para medir la AES. En el cuadro siguiente se presenta la matriz con las dimensiones y subdimensiones que se consideraron en el modelo.

### Cuadro núm. 1.

Matriz de las subdimensiones de la AES basadas en el modelo conceptual del Proyecto HLS-EU, usada para la construcción del cuestionario

<b>Alfabetización en salud</b>	Acceso a la información relevante para la salud	Comprender información relevante para la salud	Juzgar-evaluar información relevante para la salud	Aplicar-usar información relevante para la salud
<b>Cuidado de la salud</b>	Habilidad para acceder a información sobre temas médicos o clínicos	Habilidad para comprender información médica y entender el significado	Habilidad para interpretar y evaluar información médica	Habilidad para tomar decisiones informadas sobre temas médicos
<b>Prevención de la enfermedad</b>	Habilidad para acceder a información sobre factores de riesgo	Habilidad para comprender información sobre factores de riesgo y entender el significado	Habilidad para interpretar y evaluar información sobre factores de riesgo	Habilidad para juzgar la relevancia de la información sobre factores de riesgo
<b>Promoción de la salud</b>	Actualizarse a sí mismo en temas de salud	Habilidad para comprender información relativa a la salud y entender el significado	Habilidad para interpretar y evaluar información relativa a temas de salud	Capacidad de formar una opinión y aplicarla a los temas de salud

Fuente: Proyecto HLS-EU, 2012.

La aplicación de cada una de las subdimensiones incluye entre tres y cinco preguntas que resultan en un total de 47 variables utilizadas para medir el concepto de AES del proyecto HLS-EU. Las doce subdimensiones teóricas tienen la misma relevancia para medir la alfabetización en salud general.

Las preguntas indagan sobre situaciones en las que se necesita gestionar información relevante para la salud en los tres aspectos relacionados con el cuidado de la salud o asistencia sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Las respuestas clasifican el grado de dificultad percibida por el encuestado en cada situación, y las respuestas se clasifican en una escala de Likert con cuatro categorías (muy fácil, fácil, difícil, muy difícil). Existe además la posibilidad de no respuesta.

### El instrumento

El instrumento se refiere a una medida de AES percibida por la persona que responde y refleja las interacciones entre las competencias individuales y las complejidades o demandas de la situación, aspecto importante a considerar en la interpretación de los resultados.

Las preguntas del instrumento, formuladas o desarrolladas por el consorcio, fueron adaptadas al país a través de una encuesta piloto. Todas las preguntas fueron directas.

El instrumento no mide habilidades individuales, pero sí la propia experiencia y la propia relación de las competencias y demandas situacionales complejas. Las medidas reflejan la propia evaluación de las competencias de AES de la población en relación a demandas de AES o situaciones específicas. Un bajo nivel de AES puede ser interpretado de diversas maneras: una población tiene específicamente bajas competencias o el sistema de salud está caracterizado por una alta demanda o la mezcla de ambos.

Cuando se interpretan los resultados, las diferencias grupales pueden estar influidas por la experiencia actual dada por una tarea o por diferentes tendencias y por diferentes expectativas concernientes a las dificultades o tareas.

#### Definición y descripción de la muestra

El total de la muestra aplicada y depurada fue de 1 234 personas y correspondió a 10.2% de profesores, 11.5% de administrativos y 78.3% de estudiantes. Fue distribuida y aplicada en 19 facultades.

**Cuadro núm. 2.**

Muestra depurada de la encuesta de AES en la Universidad de Panamá

Facultad	Administrativos	Profesores	Estudiantes	Total
Total	142	126	966	1 234
Administración de empresas y contabilidad	20	23	249	292
Administración pública	7	7	36	50
Arquitectura	6	5	62	73
Bellas artes	5	6	12	23
Ciencias agropecuarias	5	3	21	29
Ciencias de la educación	7	9	106	122
Ciencias naturales, exactas y tecnología	12	2	32	46
Comunicación social	9	6	41	56
Derecho y ciencias políticas	8	8	41	57
Economía	8	8	47	63
Enfermería	6	6	59	71
Farmacia	3	2	50	55
Humanidades	13	15	36	64
Informática, electrónica y comunicación	3	6	15	24
Ingeniería	4	0	8	12
Medicina	9	10	69	88
Medicina veterinaria	4	3	17	24
Odontología	7	0	33	40
Sicología	6	7	32	45

Fuente: Proyecto Alfabetización en Salud, Universidad de Panamá, año 2015.

**Descripción de la muestra por estamento universitario**

Se consideraron algunas características sociodemográficas de los encuestados, por estamento, que se describen a continuación:

**Profesores:** En el estamento de profesores, respondieron en total 126 personas, de ellos 48% fueron mujeres y 52% varones, de los cuales 72% trabajaban tiempo completo. En las mujeres este porcentaje fue mayor alcanzando 79%. El resto correspondió a los profesores con una dedicación de tiempo medio y parcial. La mayoría de los profesores (73%) tenía una experiencia docente de entre 16 y más de 20 años, siendo similar en ambos sexos. El 87% tenía edades comprendidas entre 38 y más de 58 años. En cuanto al nivel educativo 58% tenía maestría, 28% doctorado y 8.7% postdoctorado.

**Administrativos:** La muestra aplicada del personal administrativo fue de 73% de mujeres y el resto de varones. El 77.4% tenía edades comprendidas entre 28 y 57 años. En cuanto a la dedicación en su empleo, la mayoría (72%) laboraba tiempo completo.

En cuanto al nivel educativo, 32% tenía universidad incompleta y 46.5% había completado sus estudios universitarios, presentándose una diferencia considerable entre mujeres y hombres. La mayoría de las mujeres (56%) había completado su nivel universitario, mientras que en los varones esta cifra fue de 24%.

La mayoría de este personal administrativo (83%) tenía una experiencia laboral en la institución de entre 16 y 20 años.

**Estudiantes:** El sexo de los estudiantes mostró la tendencia general de la matrícula universitaria. El 69.4% eran mujeres y el resto varones. El 90% de ellos tiene un rango de edad que va desde los 20 años y menos hasta los 24 años. El 92.3% de la muestra de estudiantes estaba en los tres primeros años de la carrera, cerca de la mitad de la muestra cursaba el primer año de la universidad, situación similar entre las mujeres y los varones. La mayoría cursaba en el turno diurno (83.5%).

En cuanto al máximo nivel educativo de los padres de los estudiantes encuestados los resultados mostraron lo siguiente: los padres varones tenían un nivel de bachiller en 25.5%, 14.5% universidad incompleta y 22% universidad completa. las madres de los estudiantes tenían 24% en el nivel de bachiller, 15% universidad incompleta y 23.4% universidad completa. Es importante destacar que 62% de los padres de estudiantes universitarios habían alcanzado algún nivel universitario y el nivel universitario completo.

## Distribución de las respuestas de AES por el total de la muestra y por estamento universitario

Las respuestas a las 47 preguntas se muestran en los cuadros que siguen.

**Cuadro núm. 3.**

Preg.	En la escala de muy fácil hasta muy difícil	1	2	3	4	5
	Qué tan fácil diría usted que es:...	Muy difícil	Difícil	Fácil	Muy fácil	No sabe
41	Informarse sobre cambios en el ámbito político que pudiesen afectar la salud de la población (ej.: cambios en la legislación, nuevos programas de salud, cambios en el gobierno o reestructuración de los servicios de salud, etc.)	9.3%	33.3%	36.5%	14.9%	6.0%
42	Averiguar sobre iniciativas que favorezcan la salud en su lugar de trabajo	6.3%	29.0%	43.3%	17.4%	4.1%
43	Comprender los consejos sobre salud que recibe de familiares o amigos	2.6%	15.9%	54.7%	25.7%	1.1%
44	Comprender la información nutricional que viene en los envases de alimentos	6.3%	24.0%	45.9%	22.2%	1.7%
45	Comprender información que aparece en los medios de comunicación social sobre cómo mejorar la salud	2.5%	17.1%	54.5%	25.1%	0.9%
46	Comprender información sobre cómo mantener un buen estado de la salud mental	3.0%	18.5%	50.0%	27.0%	1.6%
47	Evaluar cómo su lugar de residencia afecta su salud y bienestar (barrio, comunidad)	5.5%	23.3%	47.1%	21.4%	2.6%
48	Evaluar si las condiciones de su vivienda lo ayudan a mantenerse sano	3.2%	17.9%	49.1%	27.5%	2.3%
49	Evaluar cuáles de sus costumbres diarias están relacionadas con su salud (ej.: actividad física, alimentación, consumo de alcohol, etc.)	2.4%	13.7%	49.5%	32.1%	2.4%
50	Tomar decisiones para mejorar su salud	2.6%	15.9%	46.2%	35.0%	0.4%
51	Tomar la decisión de inscribirse en un gimnasio o club deportivo	8.2%	30.1%	34.2%	26.2%	1.4%
52	Modificar aquellas conductas que afectan su bienestar y salud (ej.: actividad física, alimentación, consumo de alcohol, etc.)	5.5%	25.8%	42.0%	25.7%	1.0%
53	Participar en actividades que mejoran el estado de salud y el bienestar de su comunidad	5.7%	24.4%	43.1%	25.0%	1.8%

Fuente: Proyecto Alfabetización en Salud, Universidad de Panamá, año 2015.

### Cuadro núm. 4.

Distribución de las respuestas en la matriz de AES para el total de la muestra (n: 1 234). Universidad de Panamá (continuación)

Prog	En la escala de muy fácil hasta muy difícil	1	2	3	4	5
	Qué tan fácil diría usted que es:...	Muy difícil	Difícil	Fácil	Muy fácil	No sabe
7	Encontrar información sobre los síntomas de las enfermedades	2.5%	11.5 %	43.4%	42.6%	0.0%
8	Encontrar información sobre los tratamientos de las enfermedades	4.9.	16.3%	53.7%	25.2%	0.0%
9	Informarse sobre qué hacer en caso de una urgencia médica	4.8%	22.2%	44.4%	25.4%	3.2%
10	Averiguar dónde encontrar ayuda profesional cuando se enferma (ej. médicos, etc.)	5.6%	17.6%	40.8%	36.0%	0.0%
11	Entender las explicaciones del personal de salud	2.4%	15.9%	55.6%	26.2%	0.0%
12	Comprender los folletos informativos que vienen junto a los medicamentos	1.6%	19.8%	46.0%	32.5%	0.0%
13	Saber cómo reaccionar frente a una urgencia médica	2.4%	35.5%	42.7%	18.5%	0.8%
14	Comprender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar los medicamentos	0.0%	8.2%	50.0%	41.0%	0.8%
15	Determinar si lo que le dice el profesional de salud es útil para su situación	2.4%	13.6%	60.8%	23.2%	0.0%
16	Evaluar las ventajas y desventajas de distintos tratamientos médicos	10.3%	24.6%	44.4%	19.8%	0.8%
17	Determinar en qué situaciones es necesario consultar una segunda opinión médica	1.6%	27.0%	45.2%	24.6%	1.6 %
18	Juzgar la información sobre distintas enfermedades que aparece en los medios de comunicación sociales	5.6%	26.2%	46.0%	20.6%	1.6%
19	Usar la información del médico para tomar decisiones cuando está enfermo	4.0%	13.7%	56.5%	25.0%	0.8%
20	Seguir las instrucciones de los folletos informativos que vienen junto a los medicamentos	3.2%	10.4%	50.4%	36.0%	0.0%
21	Llamar a la ambulada en caso de una emergencia médica	7.2%	18.4 %	39.2%	31.2%	4.0%
22	Seguir las instrucciones del profesional de la salud	3.2%	3.2%	54.8%	38.9%	0.0%
23	Encontrar información sobre cómo enfrentar hábitos dañinos para la salud, como el sedentarismo, el alcoholismo y el tabaquismo	24%	11.3 %	50.0%	36.3%	0.0 %
24	Encontrar información sobre cómo enfrentar problemas de salud mental (estrés o depresión)	3.2%	24.2%	42.7%	28.2%	1.6%

25	Encontrar información sobre las vacunas que debería ponerse o los chequeos médicos que debería hacerse	4.0%	31.5%	41.9%	20.2%	2.4%
26	Encontrar información sobre cómo prevenir problemas de salud, como hipertensión, sobrepeso o el colesterol alto	2.4%	4.0%	46.4%	46.4%	0.8%
27	Comprender el mensaje de las campañas que advierten sobre el riesgo de los malos hábitos (fumar, tomar alcohol en exceso y falta de actividad física)	1.6%	5.6%	39.7%	51.6%	1.6%
28	Comprender por qué es necesario vacunarse	0.8%	4.8%	38.4%	54.4%	1.6%
29	Comprender por qué es necesario hacerse exámenes médicos (presión arterial, glicemia, etc.)	1.6%	10.6%	48.8%	37.4%	1.6%
30	Juzgar si el mensaje de las campañas que advierten sobre el peligro de malos hábitos, como fumar, tomar alcohol en exceso o la falta de actividad física es confiable	0.0%	13.5%	51.6%	33.3%	1.6%
31	Determinar en qué situaciones es necesario ir al médico para hacerse un chequeo	2.4%	31.5%	34.7%	29.0%	2.4%
32	Saber qué vacunas debería ponerse	0.0%	16.1%	50.8%	33.1%	0.0%
33	Saber qué exámenes médicos debería hacerse (presión arterial, glicemia, otros)	3.3%	25.2%	42.3%	29.3%	0.0%
34	Juzgar si es confiable la información sobre los riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (televisión, prensa, internet)	3.3%	25.2%	42.3%	29.3%	0.0%
35	Tomar la decisión de ponerse la vacuna antigripal	4.0%	11.9%	45.2%	37.3%	1.6%
36	Tomar decisiones sobre cómo prevenir enfermedades a partir de los consejos de familiares y amigos	4.8%	24.8%	41.6%	26.4%	2.4%
37	Tomar decisiones sobre cómo prevenir enfermedades, con base en la información que aparece en los medios de comunicación social (televisión, prensa, internet, etc.)	5.9%	25.2%	47.9%	19.3%	1.7%
38	Encontrar información sobre hábitos que favorecen estilos de vida saludables (actividad física, buena alimentación, etc.)	1.6%	11.3%	45.2%	41.9%	0.0%
39	Encontrar información sobre actividades que favorecen una buena salud mental (ejercicios de relajación, dar paseos, etc.)	1.6%	10.5%	47.6%	39.5%	0.8%
40	Encontrar información sobre cómo hacer que su barrio sea un entorno saludable (ej.: bajar los niveles de contaminación ambiental y acústica, crear áreas verdes y recreativas)	8.1%	27.4%	36.3%	25.0%	3.2%

Fuente: Proyecto Alfabetización en Salud, Universidad de Panamá, año 2015.  
Estudiantes: Muy fácil, P26, 42.3% a P13, 7.5%. Muy difícil, P13, 45.3% a P26, 8.0%

El siguiente cuadro presenta la distribución de las categorías combinadas, muy difícil y difícil, ordenadas por el porcentaje promedio de los encuestados que percibieron las preguntas como difíciles en la muestra total y en cada estamento universitario. Estos datos fueron considerados para la construcción de los índices de AES.

### Cuadro núm. 5.

Distribución de las respuestas en la matriz de AES para el total de la muestra (n: 1 234). Universidad de Panamá (continuación)

% de individuos que respondieron difícil y muy difícil					
		Estudiante	Administrativo	Profesor	Total
7	Encontrar información sobre los síntomas de las enfermedades	15.3%	17.0%	14.0%	15.4%
8	Encontrar información sobre los tratamientos de las enfermedades	28.0%	20.3%	21.2%	26.5%
9	Informarse sobre qué hacer en caso de una urgencia médica	29.2%	31.5%	27.0%	29.2%
10	Averiguar dónde encontrar ayuda profesional cuando se enferma (ej. médicos, etc.)	20.8%	20.0%	23.2%	21.0%
11	Entender las explicaciones el personal de salud	27.3%	19.4%	18.3%	25.4%
12	Comprender los folletos informativos que vienen junto a los medicamentos	31.5%	23.2%	21.4%	29.5%
13	Saber cómo reaccionar frente a una urgencia médica	52.3%	43.0%	37.9%	49.8%
14	Comprender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar los medicamentos	14.2%	12.4%	8.2%	13.4%
15	Determinar si lo que le dice el profesional de salud es útil para su situación	32.3%	30.2%	16.0%	30.4%
16	Evaluar las ventajas y desventajas de distintos tratamientos médicos	44.9%	39.9%	34.9%	43.3%
17	Determinar en qué situaciones es necesario consultar una segunda opinión médica	41.6%	28.4%	28.6%	38.8%
18	Juzgar la información sobre distintas enfermedades que aparece en los medios de comunicación sociales	47.5%	44.3%	31.8%	45.5%

19	Usar la información del médico para tomar decisiones cuando está enfermo	24.7%	28.3%	17.7%	24.4%
20	Seguir las instrucciones de los folletos informativos que vienen junto a los medicamentos	16.9%	18.5%	13.6%	16.7%
21	Llamar a la ambulancia en caso de una emergencia médica	18.9%	30.2%	25.6%	20.8%
22	Seguir las instrucciones del profesional de la salud	12.3%	7.8%	6.4%	11.1%
23	Encontrar información sobre cómo enfrentar hábitos dañinos para la salud, como el sedentarismo, el alcoholismo y el tabaquismo	17.5%	18.8%	13.7%	17.3%
24	Encontrar información sobre cómo enfrentar problemas de salud mental (estrés o depresión)	36.7%	28.8%	27.4%	34.9%
25	Encontrar información sobre las vacunas que debería ponerse o los chequeos médicos que debería hacerse	42.9%	31.9%	35.5%	40.9%
26	Encontrar información sobre cómo prevenir problemas de salud, como hipertensión, sobrepeso o el colesterol alto	8.9%	10.7%	6.4%	8.8%
27	Comprender el mensaje de las campañas que advierten sobre el riesgo de los malos hábitos (fumar, tomar alcohol, en exceso y falta de actividad de física)	12.7%	10.1%	7.2%	11.9%
28	Comprender por qué es necesario vacunarse	12.8%	8.5%	5.6%	11.6%
29	Comprender por qué es necesario hacerse exámenes médicos (presión arterial, glicemia, etc.)	25.0%	21.8%	12.2%	23.4%
30	Juzgar si el mensaje de las campañas que advierten sobre el peligro de malos hábitos, como fumar, tomar alcohol en exceso o la falta de actividad física es confiable	25.8%	15.9%	13.5%	23.3%

Fuente: Proyecto Alfabetización en Salud, Universidad de Panamá, año 2015.

### Propiedades técnicas de los cuatro índices

Para el cálculo de los índices, las preguntas fueron invertidas, el valor alto presenta una alta AES con los siguientes valores numéricos: 1, muy difícil; 2, difícil; 3, fácil; 4, muy fácil.

### Cuadro núm. 6.

Número mínimo de respuestas válidas necesarias para el cálculo del índice, máximo y mínimo escala métrica

Estamentos	Respuestas	Total	Cuidados de salud	Prevención de enfermedades	Promoción de la salud
Docentes	Válidos	97.53	98.21	97.20	97.17
	Faltante	2.47	1.79	2.80	2.83
Administrativos	Válidos	95.65	95.51	95.45	95.99
	Faltante	4.35	4.49	4.55	4.01
Estudiantes	Válidos	96.07	96.30	95.97	95.94
	Faltante	3.93	3.70	4.03	4.06
Total	Válidos	96.17	96.40	96.03	96.07
	Faltante	3.83	3.60	3.965	3.93

Fuente: muestra Universidad de Panamá, año 2015.

Índices de AES generales y específico y sus respectivos ítems; número mínimo de respuestas válidas, necesarias para el cálculo del índice mínimo y máximo de las escalas métricas.

Donde:

**Índice** ..... es el índice específico calculado.

**Promedio** ..... es el promedio de todas las respuestas participantes para cada individuo.

**1** ..... es el valor mínimo posible del promedio.

**3** ..... es el rango del promedio

**50** ..... es el valor máximo elegido en la nueva escala.

### Validez de los cuatro índices

Para la validez de los índices de AES se usó el coeficiente Alfa de Cronbach como medida de consistencia interna; está basado en la correlación de Pearson. Alfas Cronbach para los índices por estamento universitario y para el total de la muestra. Universidad de Panamá, año 2015.

### Cuadro núm. 7.

Validez de los cuatro índices

Cronbach Alfa	Estudiante	Administrativo	Profesor	Total
Gen HL	0.95	0.97	0.97	0.95
HC HL	0.85	0.91	0.94	0.88
DP HL	0.88	0.92	0.93	0.89
HP HL	0.89	0.92	0.92	0.90

Fuente: muestra Universidad de Panamá, año 2015.

La medida Alfa de Cronbach se presenta altamente razonable en cada estamento de la muestra estudiada. El mínimo resultado de 0.85 corresponde al estamento estudiantil en la dimensión de cuidado de la salud.

## Resultados descriptivos de los índices de AES

Los promedios y las desviaciones estándar (cuadro núm. 14) varían ligeramente según la clase de índice. La AES medida por las dimensiones presenta una media ligeramente mayor que el índice general de AES para la dimensión de promoción de la salud (32.4), luego la prevención de enfermedades (32.3) y por último para el cuidado de la salud (31.6), siendo para el índice general de 32.1.

### Cuadro núm. 8.

Media y desviación estándar de los índices para el total de la muestra y por estamento universitario, Universidad de Panamá, 2015.

		Profesor	Administrativo	Estudiante	Total
Índice general	Media	34.2	32.4	31.8	32.1
	Desviación estándar	8.2	7.9	6.8	7.1
HC-HL	Media	33.9	31.7	31.2	31.6
	Desviación estándar	9.4	8.7	7.0	7.5
DP_HL	Media	35.1	33.3	31.8	32.3
	Desviación estándar	9.0	8.7	7.9	8.2
HP-HL	Media	33.5	32.3	32.3	32.4
	Desviación estándar	9.1	8.9	8.1	8.3

Fuente: muestra Universidad de Panamá, año 2015.

Las diferencias en la media y la desviación estándar varían entre los estamentos universitarios: los profesores presentan una media de 34.2, los administrativos de 32.4 y los estudiantes de 31.8.

En el estamento de profesores la dimensión prevención de enfermedades es superior (35.1) a la media del índice general (34.2). Le sigue la dimensión de cuidado de la salud (33.9) y por último la de promoción de la salud (33.5).

En el personal administrativo la dimensión de prevención de enfermedades es superior (33.3) a la media del índice general (32.4), sigue la promoción de la salud (32.3) y por último la dimensión de cuidado de la salud (31.7).

En el estamento estudiantil la media más alta se presenta en la dimensión de promoción de la salud (32.2) superior a su media general que fue de 31.8. La dimensión de promoción de la salud logró una media de 31.8 y la de cuidado de la salud 31.2.

En cuanto a la desviación estándar en la AES general en los tres estamentos, los profesores tuvieron la mayor desviación con 8.2; los administrativos con 7.9 y la menor en el estamento estudiantil con 6.8. Posiblemente el tamaño de la muestra haya incidido en este resultado ya que en los estudiantes la muestra fue mayor que en los demás estamentos.

La desviación en las tres dimensiones, en total, fue de 7.1; la mayor correspondió a promoción de la salud (8.3), luego a prevención de enfermedades (8.2) y cuidado de la salud (7.5).

### **Construcción de los límites para los índices de AES**

El siguiente cuadro muestra en forma resumida la descripción de los datos relacionados con la muestra estudiada de los tres estamentos de la Universidad de Panamá.

Estadística descriptiva y percentiles para el total de la muestra y para cada una de las dimensiones de AES. Universidad de Panamá, año 2015.

**Cuadro núm. 9.**

Resultado de los Índices de AES en la Universidad de Panamá

	Índice	HC-HL	DP-HL	HP-HL
Media	32.1	31.6	32.3	32.4
Error típico	0.202	0.214	0.233	0.236
Mediana	32.0	31.3	32.2	32.3
Moda	33.3	33.3	33.3	33.3
Desviación estándar	7.1	7.5	8.2	8.3
Varianza de la muestra	50.4	56.3	66.8	68.7
Curtosis	0.586	0.401	0.249	0.371
Coefficiente de asim...	-0.002	0.027	-0.096	-0.177
Rango	50	50	50	50
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	50	50	50	50
Percentiles				
10	23.6	22.9	22.6	22.6
20	26.9	25.6	25.6	26.2
25	27.7	26.9	26.9	27.8
30	28.4	27.8	28.2	28.8
40	30.2	29.8	30.3	30.8
50	32.1	31.5	33.3	32.3
60	33.7	33.3	34.4	34.4
70	35.5	34.6	36.4	36.7
75	36.3	36.5	37.8	37.8
80	37.6	37.8	39.7	39.6
90	41.5	41.7	43.6	44.0

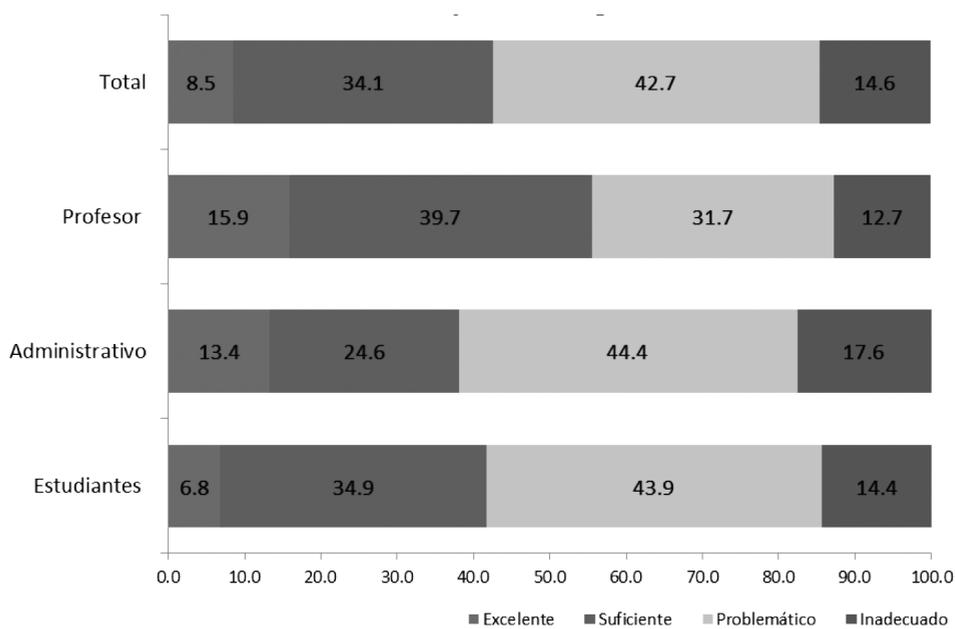
Fuente: muestra Universidad de Panamá, año 2015.

El índice general de AES en la Universidad de Panamá, por estamento, se observa en la gráfica número 8. Un 14.6% de la muestra presenta una AES inadecuada, y 42.7% una AES problemática. Más de la mitad de la muestra, 57.3% de los encuestados, presentó una AES limitada.

Este porcentaje de AES limitada fue de 44.4% en el estamento de profesores, de 58.3% en los estudiantes y de 62.0% en el personal administrativo.

### Cuadro núm. 10.

Índice general de AES y por estamento, en la Universidad de Panamá, año 2015



Fuente: Muestra Universidad de Panamá. Segundo Semestre 2015.

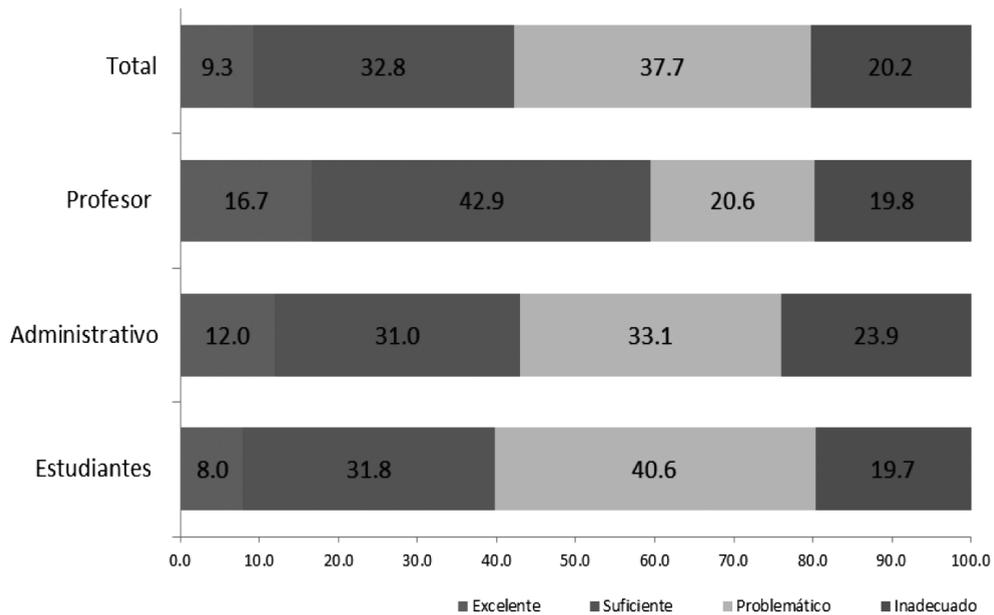
La AES positiva se distribuyó de la siguiente forma: 8.5% excelente y 34.1% suficiente. La categoría excelente va de 15.9% en los profesores, de 13.4% en los administrativos a 6.8% en los estudiantes. Sin embargo, éstos superan en porcentaje en la categoría suficiente (34.9%) al estamento administrativo con 24.6%. Más de la mitad del estamento docente (55.6%) se encuentra en las categorías que indican una AES positiva.

### Cuidado de la salud

Considerando la dimensión de cuidado de la salud, el índice general de AES tuvo los siguientes resultados: 57.9% una AES limitada, siendo 20.2% inadecuada y 37.7% problemática. El 42.1% tuvo una AES positiva, siendo 9.3% excelente y 32.8% suficiente.

**Cuadro núm. 11.**

Índice de AES en la dimensión de cuidado de la salud, por estamento, en la Universidad de Panamá, año 2015



Fuente: Muestra Universidad de Panamá. Segundo Semestre 2015.

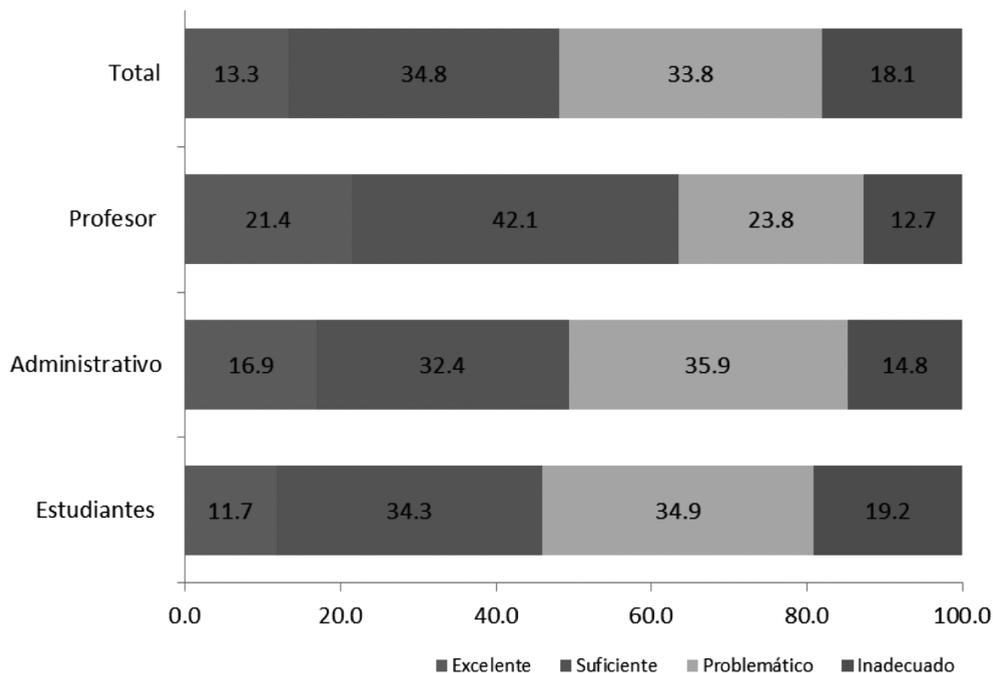
Las distribuciones del índice de AES positivos en los diferentes estamentos son como sigue: 59.6% en los profesores, 43.0% en los administrativos y 39.8% en los estudiantes. Los profesores obtuvieron el porcentaje mayor en la categoría suficiente y excelente.

**Prevención de enfermedades**

En la dimensión de prevención de enfermedades, el índice general de AES positivo fue de 48.1%, siendo 13.3% excelente y 34.8% suficiente. La AES limitada fue de 51.9%, siendo 33.8% una AES problemática y 18.1% inadecuada.

### Cuadro núm. 12.

Índice de AES en la dimensión prevención de enfermedades, por estamento, en la Universidad de Panamá, año 2015



Fuente: Muestra Universidad de Panamá. Segundo Semestre 2015.

En los estamentos universitarios los resultados son los siguientes: AES limitada en los profesores fue de 36.5%, de 54.0% en los estudiantes y de 50.7% en el personal administrativo. El mayor porcentaje de AES inadecuada fue en los estudiantes, 19.2%.

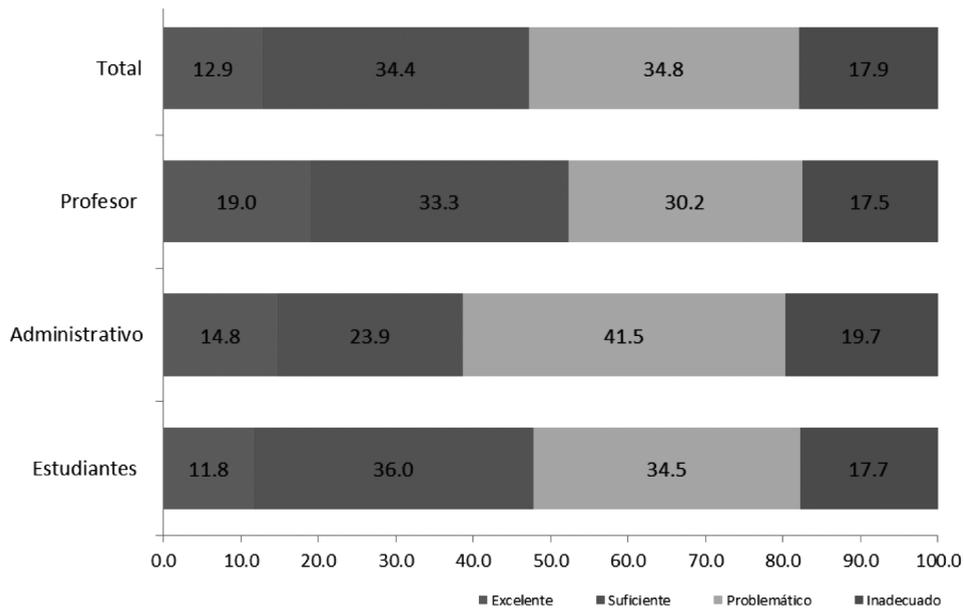
El mayor porcentaje de AES positiva se encontró en el estamento docente (63.5%), luego en el personal administrativo (49.3%) y por último en los estudiantes (46%). Como en la dimensión anterior, los profesores obtuvieron el mayor porcentaje en la categoría suficiente (34.3%).

#### Promoción de la salud

En la dimensión de promoción de la salud, el índice general muestra que más de la mitad de la población encuestada, 52.8%, tiene una limitada AES, 13% es inadecuada y 34.4% problemática.

**Cuadro núm. 13.**

Índice de AES en la dimensión promoción de la salud, por estamento, en la Universidad de Panamá, año 2015



Fuente: Muestra Universidad de Panamá. Segundo Semestre 2015.

En cuanto a los índices por estamento en esta dimensión, los profesores encabezan los mejores porcentajes en una AES positiva (52.3%), luego los estudiantes (47.8%) y por último los administrativos (38.7%).

Los administrativos son los que presentan el mayor porcentaje de una AES limitada (61.3%), le sigue el estamento estudiantil con 52.2% y los docentes con 47.7%. El mayor porcentaje de una AES inadecuada (19.7%) y problemática (41.5%) lo presenta el personal administrativo.

La población universitaria encuestada presentó índices positivos de AES general en la dimensión de prevención de enfermedades (48.1%), luego en la dimensión de promoción de la salud con 47.3% y por último la dimensión de cuidado de la salud con 42.1%. Los índices limitados de AES general se identificaron en la dimensión de cuidados de la salud (57.9%), luego promoción de la salud (52.7%) y por último prevención de enfermedades (51.9%).

En cuanto al índice de AES por estamento universitario, los profesores obtuvieron una AES positiva mayormente en la dimensión de prevención de enfermedades (63.5%), en la dimensión de cuidados de la salud (59.6%) y promoción de la salud (52.3%). El mayor porcentaje de AES limitada fue de 47.7% en la dimensión de promoción de la salud y el más bajo (36.5%) en la dimensión de prevención de enfermedades.

El personal administrativo tuvo una AES positiva en menores porcentajes que el estamento anterior, el mayor (49.3%) fue en la dimensión de prevención de enfermedades y el menor en promoción de la salud (38.7%). A la vez, en esta dimensión el índice de AES fue el más limitado (61.3%), seguido por la dimensión de cuidado de la salud (57%).

En los estudiantes, el índice de AES positiva mayor fue en la dimensión de promoción de la salud (47.8%), mientras que el menor se localizó en la dimensión de cuidados de la salud (39.8%).

El índice de AES limitada, mayor, en este estamento fue de 60.2% en la dimensión de cuidados de la salud, y el menor, 52.2%, en la dimensión de promoción de la salud. Tanto el estamento estudiantil como el de personal administrativo obtuvieron un índice limitado mayor a 50% en las tres dimensiones consideradas.

## Conclusiones

Es importante recordar que la medida de AES es percibida por las personas refleja las interacciones entre las competencias individuales y las complejidades o demandas de la situación.

En el estudio se consideraron para ello tres niveles de dominio, que tenían que ver con estar enfermo en la dimensión cuidados de la salud; estar en riesgo, en la dimensión prevención de enfermedades y estar sano en la dimensión promoción de la salud.

El resultado de los índices logrados en la muestra general refleja una alfabetización en salud limitada en las tres dimensiones consideradas en la institución y ello se demuestra en que la subdimensión de cuidados de la salud fue la que menor índice de AES positiva presentó (42.1%), en la subdimensión de promoción de la salud el índice fue de 47.3% y en la subdimensión de prevención de la enfermedad fue de 48.1%. Esto significa que la AES positiva se alcanzó en menos de la mitad de las situaciones de salud presentadas.

En el análisis de las tres dimensiones por estamento universitario, los docentes únicamente tuvieron una AES positiva más allá de 50%. La subdimensión de prevención de enfermedades obtuvo el índice de una AES positiva más alta, 63.5%, y el menor correspondió a la subdimensión de promoción de la salud (52.3%).

El estamento administrativo presentó la AES limitada más alta de los tres estamentos, resaltando la subdimensión de promoción de la salud (estar sano) con 61.3%. El índice más alto de AES positiva lo obtuvo en la subdimensión de prevención de enfermedades y el más bajo en la subdimensión de promoción de la salud.

El estamento estudiantil presentó una AES limitada en la subdimensión de cuidados de la salud (estar enfermo) con 60.2%. Se comprende que, en este estamento, por su juventud, existe poca experiencia en situaciones donde se está enfermo. El índice de AES positiva más alto se obtuvo en la dimensión de promoción de la salud y el más bajo en cuidados de la salud (39.8%).

En los cuatro modos de gestionar la información, los tres estamentos presentaron una mayor dificultad en evaluar/juzgar la información.

Si bien la no respuesta fue baja, también es importante considerarla, aunada a los resultados obtenidos en los índices.

Otro aspecto a considerar es la educación en salud que se brinda en las instituciones, de la cual no se conoce una evaluación poblacional, por lo que es posible que también esté influyendo en una gestión inadecuada de la información en salud.

Es importante estructurar un plan de AES adecuado a cada estamento universitario, reforzando los temas correspondientes en los niveles de dominio y los modos de gestionar la información en salud, ya que existe una diversidad de experiencias a considerar en una intervención como esta.

## Bibliografía

- Collins, S. et al. (2012). Methodological Review: Health literacy screening instruments for Health applications: A systematic review, en *Journal of Biomedical Informatics*, vol. 45, Issue 3, pp. 598-607. Obtenido de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1532046412000548>
- Frish Anne et al. (2011). *Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains health promotions International*. Universita de la Svizzera, Italia, Oxford University Press, vol. 27 núm 1. <http://heapro.oxfordjournals.org/> Universidad de Concepción on November 11, 2013.
- Kickbusch, I. et al. (2013). *The solid facts. Health Literacy*, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Kickbusch, Ilona (2001). "Health literacy: addressing the health and education divide", en *Health Promotion International Advance Access*, vol. 16, núm. 3, 2001.
- Linda et al. (2011). *The Health Literacy Skill Framework*, North Carolina, RTI International Research Triangle Park.
- Patel, P. et al. (2011). "Health Literacy. Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients", en *Patient Education and Counseling*, volume 85, issue 3, diciembre 2011, pp. 505-507. Obtenido de: [http://www.pec-journal.com/article/S07383991\(11\)00180-7/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S07383991(11)00180-7/abstract).
- Short Test of Functional Literacy in Adults STOFHLA (2013). *Reading Comprehension*, [http://www.nmmra.org/resources/Physician/152\\_1485.pdf](http://www.nmmra.org/resources/Physician/152_1485.pdf).
- Sørensen, K. et al. (2012). "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models", en *BMC Public Health*, 2012, 12:80. Obtenido de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80Squires>,
- U.S. Department of Health and Human Services (2007). *Quick Guide to Health Literacy*.
- UNICEF (2010). *Para la vida*, Estados Unidos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- USWeiss Barry (2005). "Nueva herramienta para evaluar rápidamente destrezas para alfabetización en salud", en *Arizona Health Science*.
- Yamashita, T. Scott Brown, J. (2013). "Does cohort matter in the association between education, health literacy and health in the USA?", en *Health Promotion International Advance Access*. Obtenido de: Zarcadoolas, Christina (2010). *The "How To" of Health Literacy: We did mean "Literacies" didn't we?* Obtenido de: [http://www.lehman.edu/cunyhealthequity/documents/christina\\_zarcadoolas.pdf](http://www.lehman.edu/cunyhealthequity/documents/christina_zarcadoolas.pdf).
- Zilic, M. y Asenjo S. (2011). "Desarrollo de una estrategia territorial integrada transdisciplinaria para la prevención de la obesidad en la comunidad escolar", en *Proyecto Innova Chile*, núm. 07cn13ism-196.



# MEDICIÓN DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ESTUDIANTES DE PRIMEROS AÑOS DE CARRERAS DE LA SALUD Y DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN: APLICACIÓN DEL HLS-EU Q47, VERSIÓN ADAPTADA AL CONTEXTO CHILENO. MARZO-MAYO 2015

Martín Zilic Hrepic, Aldo Vera Calzaretta, María Erika Herrera, María Paz Casanova, Omar Salazar, Paula María de Orué Ríos

## Resumen

La alfabetización en salud es un importante predictor de inequidades sociales y de malos estados de salud. El concepto tiene que ver con los conocimientos y competencias que tienen los individuos para hacer frente a los desafíos que impone el cuidado de nuestra salud durante el ciclo vital. En este artículo, se presenta el trabajo realizado por la Universidad de Concepción, Chile, en colaboración con la ORELAC de la UNESCO, el que tuvo como objetivo proponer la elaboración de un abordaje regional para la evaluación y mejora de los niveles de alfabetización en América Latina y el Caribe, y la selección de un instrumento de medición de alfabetización en salud para ser aplicado en el contexto regional. El instrumento elegido fue el cuestionario HLS-EU, el que fue traducido y adaptado para su uso local. Este instrumento fue aplicado a estudiantes de primeros años de carreras de la Salud y de Educación de la Universidad de Concepción, Chile. Los resultados revelaron bajos niveles de alfabetización en los estudiantes, lo que deja de manifiesto la necesidad de mejorar los esfuerzos a nivel de políticas públicas para propiciar el aumento de las competencias de la población en temas de salud.

*Palabras clave:* Alfabetización en salud, educación, promoción en salud, HLS-EU.

## Abstract

Health literacy is a strong predictor of social inequities and poor health status. It is defined as an individual's knowledge and abilities to tackle the challenges involved in healthcare throughout the life course. The aim of this paper is to present the work done by the University of Concepcion, Chile, in collaboration with UNESCO's Regional Bureau for Education in Latin America and the Caribbean, whose purpose was to set the basis for the development of a regional approach to assess and improve health literacy levels in the continent, and select a health literacy evaluation tool to be used in the local context. The instrument selected was the HLS-EU questionnaire, which was translated into spanish and adapted to the local culture. The latter was then used to assess first year education and healthcare students of the University of Concepcion. Results revealed poor health literacy levels among students, which highlights the need to increase efforts in terms of public policy to improve population skills to take better care of their health.

*Key words:* Health Literacy, Education, Health Promotion, HLS-EU.

## Introducción

En este artículo, se presenta el trabajo realizado por la Universidad de Concepción, Chile, en colaboración con la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe de la UNESCO, el que tuvo como objetivo proponer la elaboración de un abordaje regional para la evaluación y mejora de los niveles de alfabetización en América Latina y el Caribe, y la selección de un instrumento de medición de alfabetización en salud para

ser aplicado en el contexto regional. En primer lugar, se presentan los consensos logrados para el abordaje regional en temas de salud. Luego, se describe el proceso de selección de un instrumento de medición, el HLS-EU, y el de adaptación transcultural de éste para ser aplicado en el contexto local. Finalmente, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento en alumnos de primeros años de carreras de educación y salud de la Universidad de Concepción, Chile.

## La alfabetización en salud

Cuando hablamos de alfabetización, en general, nos referimos a la capacidad de un sujeto para leer, escribir y comprender un texto. El término *alfabetización en salud* tiene su origen en los procesos educativos y fue usado por primera vez por Simmons en el año 1974.<sup>1</sup>

En la sociedad del conocimiento, la gran paradoja es que mientras más conocimiento y riqueza acumulamos, nuestras conductas son menos saludables. El resultado de estas acciones deficitarias es un aumento de patologías crónicas (obesidad, accidente vascular cerebral, depresión, cáncer, etc.) vinculadas a un proceso de estrés acumulado. La obesidad se ha convertido en la gran pandemia del siglo XXI.

La civilización moderna cuenta con enormes cantidades de información y los ciudadanos, sin embargo, se enfrentan a dificultades para navegar en las redes globales, para entender los conceptos, valorarlos en su justa dimensión y aplicarlos en la vida cotidiana.

La Organización Mundial de la Salud ha introducido en su léxico la alfabetización en salud y la presenta como un determinante de la salud poblacional. En el documento *Promoción de la salud, glosario*, de 1998, la define como:

la alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficiencia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar a la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud (p. 20).<sup>2</sup>

En el informe del año 2004 de la Asociación Médica Americana en alfabetización en salud y seguridad del paciente, se concluye que la alfabetización deficitaria en salud es un predictor más potente de salud de las personas que la edad, el ingreso económico, el estatus del empleo, el nivel de educación o la raza.<sup>3</sup>

Baker (4) en el año 2006 publicó un análisis de las diferentes definiciones de alfabetización en salud y de los instrumentos de medición.

Zarcadoolas<sup>5,6</sup> reconoce varios ámbitos de la alfabetización en salud y propone la definición siguiente: "es el amplio margen de competencia que las personas desarrollan para buscar, comprender, evaluar y usar la información de salud y los conceptos para ejecutar las elecciones informadas, reducir los riesgos de salud y aumentar la calidad de vida".

Zarcadoolas y Pleasant<sup>6</sup> describen la alfabetización en salud como la capacidad de un sujeto de aplicar conceptos e información de salud en nuevas situaciones, y participar en diálogos públicos y privados acerca de salud, medicina, conocimiento científico y beneficios culturales.

En la literatura se reconocen dos grandes escuelas de alfabetización en salud: la primera, que se basa en la relación individual entre el médico y el paciente, es representada por la posición de los clínicos norteamericanos. La segunda, orientada hacia la salud pública, con una visión más global, holística, centrada en los conceptos de Paulo Freire, es representada por los modelos europeos y las escuelas de salud pública de América Latina.<sup>6</sup>

Pleasant<sup>7</sup> realiza un exhaustivo análisis de estas dos vertientes y sus relaciones, analizando los resultados del proyecto Para la vida (*Facts for Life*) liderado por UNICEF<sup>8</sup> y aplicado en cuatro países, México, China, Ghana e India. Durante la impartición de los diferentes cursos a la comunidad y a los profesionales de la salud, se descubrió, con sorpresa, que en la evaluación posterior los participantes de la comunidad obtenían calificaciones superiores que los profesionales considerados expertos. Para Pleasant esto revela que ambas visiones no son contradictorias sino que deben ser entendidas como complementarias.<sup>7</sup>

Con todo, para construir una comunidad empoderada, el sujeto debe obtener conocimientos y el entorno debe motivar la adquisición de competencias claramente definidas para tomar decisiones a lo largo del proceso vital.

### **Principios establecidos como guía de trabajo para la alfabetización en América Latina y el Caribe**

Con la misión de elaborar un abordaje regional para fortalecer las capacidades en investigación, análisis y formulación de políticas públicas, en 2013, la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (ORELAC) de UNESCO, la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y la Universidad de Panamá, con su vicerrectoría de investigación y posgrado, emprendieron una serie de tareas logrando consensos en los siguientes principios establecidos como guía de trabajo:

La existencia de enormes brechas socioeconómicas en la región latinoamericana, en especial en educación y salud, que perjudican la capacidad de las personas y sociedades para adoptar y mantener estilos de vida saludable.

La relevancia de levantar y difundir información sobre los niveles de alfabetización en salud en la región de América Latina y el Caribe, para empoderar a las comunidades a través de una participación activa en el cuidado de su salud.

La importancia de crear una red de trabajo latinoamericana basada en la cooperación sur-sur.

La necesidad de promover la cooperación entre los sectores de educación y salud, y reconocer la oportunidad que presenta el marco de alfabetización en salud para promover dicha colaboración intersectorial.

La centralidad de las perspectivas de género y de igualdad en el tema de la alfabetización de salud y en la reducción de las desigualdades.

La importancia de fortalecer la base regional de evidencia en temas relacionados con la alfabetización en salud y la aplicación en los procesos de formulación de políticas públicas.

La necesidad de compromiso para mantener una fuerte relación entre las necesidades expresadas por las comunidades sobre temas específicos de estudio y las intervenciones diseñadas para abordar estas necesidades.

Finalmente, evaluar la factibilidad de un consorcio latinoamericano que reúna y coordine a distintas instituciones de índole universitaria, académica, sector público y privado, con la finalidad de promover la alfabetización en salud, a través de diversos medios.

## Revisión bibliográfica de instrumentos de medición de alfabetización en salud

La primera tarea realizada por el equipo de la Universidad de Concepción, Chile, compuesto por profesionales del área de la salud pública, de la lingüística y de la estadística, fue la revisión de los instrumentos de medición de alfabetización en salud disponibles, con el objetivo de describirlos en función de sus características (tiempo de aplicación, número de ítems, dimensiones, propiedades psicométricas y características lingüísticas) y seleccionar uno para levantar información sobre alfabetización en salud a nivel regional. Este equipo analizó los instrumentos *gold standard* utilizados en el mundo para medir alfabetización en salud. Como producto de este trabajo, se identificaron los siguientes instrumentos:

### *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)*<sup>9</sup>

Este instrumento busca evaluar la alfabetización funcional (numérica y lectora) aplicada a contextos médicos en adultos. Con ese objetivo, se presentan a los encuestados situaciones típicas de la atención en salud: instrucciones para la toma de medicamentos, una citación médica, resultados de un examen médico, entre otros.

Esta prueba se divide en dos partes; una para evaluar habilidades aritméticas y otra comprensión lectora. Para analizar este instrumento desde la perspectiva lingüística, se utilizaron los parámetros propuestos por la prueba PISA (Program of International Students Assessment) de la OCDE, con el objetivo de clasificar las distintas habilidades lectoras que miden las preguntas de este test; a saber, acceder y obtener información; integrar e interpretar información, y reflexionar y evaluar sobre información. En ese sentido, en la prueba de habilidades matemáticas se identificaron preguntas que requieren que los sujetos interpreten e integren información proporcionada de manera oral, para así hacer inferencias que les permitan reconocer la operación matemática que necesitan realizar. Otras preguntas requieren que los sujetos reflexionen y evalúen el texto, ya que la pregunta implica la activación de conocimientos previos para poder realizar la operación matemática requerida por la pregunta.

En cuanto a la sección de comprensión lectora, se presenta una serie de frases que, en conjunto, forman un texto breve. A cada una de estas frases les falta una o dos palabras, las que deben ser llenadas por los sujetos a través de la selección de una de cuatro alternativas. Para poder dar con la alternativa correcta, los individuos deben utilizar sus conocimientos previos tanto en temas de salud como de la estructura de la lengua.

En términos de validez convergente, la versión en inglés se correlaciona con el Rapid Estimate of Adult en Literacy in Medicine (REALM),  $r = 0.84$  que no tiene versión en es-

pañol, y el test de alfabetización general Wide Range Achievement Test WRAT-R,  $r = 0.74$ .<sup>9</sup> En términos de su consistencia interna, Alfa de Cronbach asume valores 0.950 (global), 0.953 (comprensión lectora) y 0.819 (sección numérica).<sup>10</sup> Mide alfabetización en salud marginal.

En general, este test mide alfabetización funcional aplicada a temas de salud, por lo que permite observar las competencias de los individuos para hacer frente de manera exitosa a situaciones cotidianas de la atención en salud. No obstante, no logra reflejar la complejidad de alfabetización en salud, tal como la plantean concepciones más recientes del constructo.

#### ***Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults (SALSHA)***<sup>11, 12</sup>

Este cuestionario es una adaptación del test REALM, diseñado para población anglo-parlante. El SAHLSA consiste en 50 ítems en los cuales se presenta un término relacionado con la salud. Los encuestados deben seleccionar de entre tres opciones cuál se asocia con el término presentado. Las opciones son: el término correcto, un distractor o la opción “no sé”. Desde la perspectiva lingüística, este cuestionario consiste en una prueba de competencia léxica que permite observar el grado de conocimiento que tienen los sujetos sobre terminología aplicada en la salud.

En términos de su validez convergente, su correlación con TOFHLA es 0.65,<sup>12</sup> y su asociación con nivel educacional es significativa:<sup>13</sup> universitaria versus primaria OR = 45.2; universitaria versus secundaria OR = 6.9. En términos de su consistencia, Alfa de Cronbach = 0.92 (interna), Test-Retest  $r = 0.86$ .<sup>12</sup> No detecta alfabetización en salud marginal, solamente puntajes altos y bajos.

Dada su naturaleza, se considera que este instrumento es eficiente en la evaluación del nivel de familiaridad que tienen los individuos con algunos temas en salud. Dado su formato de aplicación (entre 6 y 8 minutos) es adecuado para ser aplicado en el contexto clínico. No obstante lo anterior, el espectro de factores relacionados con la alfabetización en salud se restringe exclusivamente a la dimensión del conocimiento y no profundiza en actitudes.

#### ***Newest Vital Sign (NVS)***<sup>14</sup>

Este instrumento consiste en una etiqueta de información nutricional de un envase de helado. A partir de la información contenida en éste, se le solicita a los encuestados responder a algunas preguntas relacionadas con el consumo del producto.

Desde la perspectiva lingüística, este cuestionario consiste en una prueba orientada a medir comprensión inferencial local. Lo que permite observar es la capacidad para extraer información a partir de los datos que se encuentran contenidos en la etiqueta. En términos de su validez convergente, su correlación con TOFHLA,  $r = 0.49$ , es significativa ( $p < 0.01$ ). En términos de su consistencia interna, Alpha de Cronbach = 0.69.<sup>14</sup> Mide alfabetización en salud marginal.

En conclusión, este instrumento mide la capacidad de los sujetos para leer e interpretar información nutricional contenida en los alimentos, inferir la conducta sugerida por las recomendaciones de consumo y también da cuenta de las habilidades aritméticas de los individuos. En consecuencia, se presenta como un buen instrumento para la medición de alfabetización funcional aplicada a temas de salud, particularmente en el dominio de la prevención en salud.

### Selección del HLS-EU

A diferencia a de los otros instrumentos revisados, que se circunscriben al contexto clínico, es decir, relación médico-paciente, el HLS-EU contempla la alfabetización en salud como un fenómeno complejo (incluye los determinantes sociales, económicos y ambientales) dinámico (contempla todo el ciclo vital) y social (va desde la perspectiva individual a la de salud pública).<sup>15</sup>

Figura 1: El modelo conceptual de la alfabetización en salud de la Unión Europea<sup>16</sup>

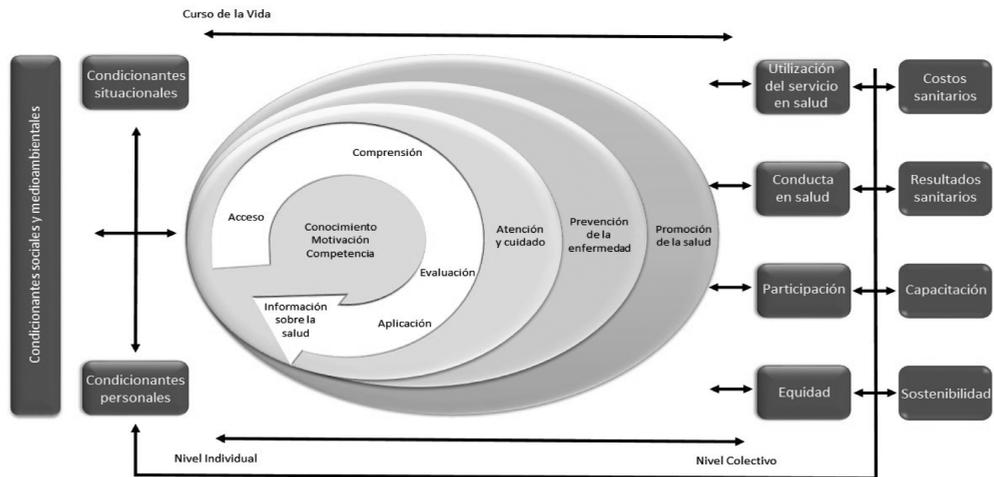


Figura: Modelo de Alfabetización en salud según Health Literacy Survey (2011)

En este modelo se distinguen en los óvalos concéntricos *los tres niveles de dominio* de la salud pública: atención en salud, durante el proceso de enfermedad, el de prevención, durante el control de los factores de riesgo para que el sujeto no enferme y, finalmente, el dominio de la de promoción de la salud durante toda la vida, con el fin de mantener estilos de vida que impidan la aparición de factores de riesgo. En cada uno de los tres dominios el sujeto deberá asumir *dimensiones referidas al procesamiento de la información en salud*. Esto son: acceder a la información, comprender los conceptos, evaluar o hacer un análisis crítico de ésta y, finalmente, aplicar la información en la toma de decisiones. Estas dimensiones de procesamiento en los tres dominios dan origen las 12 subdimensiones de la alfabetización en salud, las que, a su vez, conforman la estructura factorial del instrumento HLS-EU. Este instrumento consta de 47 ítems cuyo objetivo es indagar en la dificultad percibida por los encuestados para realizar acciones relacionadas con la salud. En términos de la validez de constructo, el análisis de componentes principales valida las dimensiones y subdimensiones del instrumento, con una explicatividad de 60%. En términos de la consistencia interna para cada dimensión y subdimensión, el Alfa de Cronbach asume valores entre 0.51 y 0.91.<sup>15</sup> Además, mide alfabetización en salud marginal.<sup>17</sup>

Figura 2: Matriz 12 subdimensiones de alfabetización en salud

Crítica				
<b>Atención en salud</b>	Capacidad para acceder a la información sobre salud	Capacidad para comprender la información obtenida	Capacidad para interpretar y evaluar la información en salud	Capacidad para tomar decisiones a partir de la información en salud
<b>Prevención en salud</b>	Capacidad para acceder a información sobre prevención de enfermedades (factores de riesgo)	Capacidad para comprender la información sobre prevención de enfermedades	Capacidad para interpretar y evaluar la información sobre prevención de enfermedades	Capacidad para tomar decisiones sobre prevención de enfermedades a partir de la información en salud
<b>Promoción en salud</b>	Capacidad para acceder a información sobre la promoción de estilos de vida saludable y bienestar	Capacidad para comprender información sobre la promoción de estilos de vida saludable y bienestar	Capacidad para interpretar y evaluar la información sobre la promoción de estilos de vida saludable y bienestar	Capacidad para tomar decisiones para la promoción de estilos de vida saludable y bienestar

El modelo relaciona además la alfabetización en salud con los condicionantes sociales, medioambientales, situacionales y personales de los sujetos (extremo izquierdo de la figura 1). En el extremo derecho de la figura 1 se muestran los resultados de las acciones y las consecuencias sobre el modelo (costos, resultados sanitarios, capacitación, sostenibilidad).

En consecuencia, se presenta como un modelo que permite levantar información relevante para la toma de decisiones a nivel de políticas públicas. En este sentido, permite visibilizar grupos vulnerables para orientar estrategias de acción y evaluar su impacto. Es por este motivo que se consideró este instrumento como el más apropiado para ser aplicado en el contexto latinoamericano. Además, este modelo está más en concordancia con las definiciones más actuales de alfabetización en salud y, en consecuencia con la Carta de Ottawa,<sup>18</sup> el concepto de salutogénesis,<sup>19</sup> etcétera.

#### *Adaptación transcultural del HLS-EU*

Este instrumento fue propuesto por el Consorcio Europeo de Alfabetización en salud (*HLS-EU Consortium*) compuesto por ocho países (Grecia, Irlanda, Países Bajos, Austria, Polonia, Bulgaria, Alemania y España).<sup>16</sup> Este consorcio construyó un marco conceptual de alfabetización en salud con el objetivo de generar un instrumento para recoger información sobre niveles de alfabetización en el continente europeo.

Con el objetivo de contar con una versión en español del HLS-EU que mida lo mismo que el original y que permita obtener resultados comparables con las mediciones ya realizadas en otros países, se utilizó una versión modificada del proceso de adaptación transcultural de cuestionarios adoptado por la Sociedad Internacional para la

Evaluación de la Calidad de Vida (IQOLA, por sus siglas en inglés), descrito ampliamente en la literatura.<sup>20, 21</sup> El consenso general plantea que este proceso debe estar dividido en dos etapas: **a)** traducción y adaptación del instrumento, teniendo en consideración las diferencias tanto de los sistemas lingüísticos como de las culturas (validación semántica), y **b)** la validación de la preservación de las propiedades psicométricas del instrumento. En esta investigación, la primera parte del proceso se dividió en varias etapas que fueron ajustadas de acuerdo con los recursos y las capacidades disponibles por el equipo multidisciplinario de investigación.

La primera etapa consistió en una traducción directa desde el instrumento original en inglés hacia el español. Normalmente la metodología de adaptación transcultural establece que deben hacerse dos traducciones por dos traductores independientes, para luego ser contrastadas y obtener una versión consensuada de ambas. Sin embargo, en este trabajo sólo se hizo una, la que fue luego contrastada con la versión en español insular, que nos fue facilitada por los responsables en España del proyecto europeo de alfabetización en salud. La traducción realizada fue luego revisada por un equipo de expertos en lingüística con el objetivo de garantizar que la variante de español utilizada en la encuesta fuese de un nivel estándar, para que pudiera ser comprendida por cualquier hispanohablante y que estuviese en un registro que fuera comprensible para la población general. Las modificaciones realizadas al instrumento en esta etapa dieron origen a la primera versión (V1). La segunda etapa consistió en la antes mencionada revisión contrastiva de la V1 y la encuesta utilizada en España en el marco del proyecto europeo, lo que dio como resultado la V2. Posterior a eso, en una tercera etapa, la V2 fue revisada por el equipo multidisciplinario, con el objetivo de corroborar la adecuación terminológica de ésta; es decir, comprobar que los términos utilizados fueran coherentes con la realidad sanitaria, en este caso, chilena. Como resultado de esta etapa, se obtuvo una tercera versión (V3). Finalmente, esta versión fue contrastada con la versión original en inglés con el fin de garantizar que no hubiese información malinterpretada o que se hubiese perdido información en el proceso de traducción. Este proceso fue realizado por nuestra contraparte de UNESCO del proyecto, quien es hablante nativo de inglés (V4). Una vez terminado este proceso, con los datos obtenidos en la aplicación a estudiantes de primeros años de carreras de salud y educación, se realizaron un análisis factorial y uno confirmatorio, para evaluar hasta qué punto los datos se ajustaron a la estructura factorial del instrumento original.

## **Estudio realizado en la Universidad de Concepción, de Chile**

### ***Propósito del estudio***

El propósito del estudio realizado en 2015 fue comparar el grado de alfabetización en salud de estudiantes de primeros años, recién ingresados a distintas carreras de la salud y de educación de la Universidad de Concepción, Chile, y evaluar posibles factores asociados a los niveles de alfabetización en salud.

### **Material y método**

#### ***Diseño y participantes***

El diseño del estudio fue transversal. Los participantes fueron 418 estudiantes (41% de un total de 1 020) que ingresaron al primer año de distintas carreras de las facultades de Educación y de Medicina de la Universidad de Concepción (tabla X). De estos, 215 fueron de la Facultad de Educación, los cuales representaron 37.2% de un total 578 es-

tudiantes de dicha facultad), y 203 de la Facultad de Medicina (46% de un total de 442 que conformaban la misma).

En la Facultad de Educación, 68.4% fueron mujeres con un promedio de 19 años de edad (DS = 1.8) y 13.6% de hombres (M = 20 años; DS = 2.6). En cambio, en la Facultad de Medicina las mujeres representaron a 49%, (M = 18.4 años; DS = 0.9); y los hombres, a 51% (M = 18.6; DS = 1.4). Del total de los participantes 41% fueron hombres (M = 19.1 años; DS = 2.07) y 59% mujeres (M = 18.7 años; DS = 1.50).

Tabla 1. Distribución de participantes según carrera y facultad

Facultades Universidad de Concepción, Chile		
	Educación (n = 215)	Medicina (n = 203)
Artes	0.5%	
Educación básica	10.2%	
Ciencias físicas	7.0%	
Ciencias químicas	2.8%	
Educación diferencial	17.2%	
Educación física	22.8%	
Educación parvularia	15.3%	
Historia	16.3%	
	7.9%	
Pedagogía en español		
Kinesiología		16.3%
Medicina		49.7%
Tecnología médica		34.0%

## Instrumentos

Para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario que incluyó diferentes preguntas y escalas:

- Antecedentes sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, educación de los padres.
- Nivel socioeconómico (NSE) del grupo familiar. Para evaluar éste se utilizó la pregunta correspondiente del Health Performance Questionnaire -HPQ- desarrollado por Kessler.<sup>22</sup>
- Puntaje obtenido en la Prueba de Selección Universitaria (PSU). Éste corresponde a la prueba nacional que deben rendir todos aquellos estudiantes que desean acceder a la universidad.

- NSE y PSU. Para analizar de modo conjunto el impacto socioeconómico (NSE) y los puntajes de la PSU se llevó a cabo un análisis factorial con ambas variables obteniéndose un solo factor, el cual explicó 68.8% de la varianza.
- Tipo de establecimiento de la educación media. Según su financiamiento, la educación media chilena está conformada por tres tipos de establecimientos educacionales: colegios públicos (administrados por los entes municipales) y que en la Encuesta Educacional Nacional del año 2014 representaban 38% del total de la matrícula; los establecimientos particulares subvencionados, que reciben mayoritariamente aportes del Estado y de los padres, y representan 54% de la matrícula; y los establecimientos privados, financiados en su totalidad por los padres y que representan 7% de la matrícula.
- Facultad de procedencia y carrera que cursa actualmente.
- Alfabetización en salud. Para su evaluación se utilizó el HLS-EU Q47,<sup>15</sup> versión en español de Chile. Ésta está constituida por 47 ítems que se organizan en 12 dimensiones (figura 2). El Alfa de Cronbach obtenido para este estudio fue de 0.956.

### Aplicación de la encuesta

La encuesta fue aplicada en línea utilizando el software Moodle 1.9, previa firma del consentimiento informado. La participación fue voluntaria y la aplicación de la encuesta se realizó entre marzo y mayo de 2015.

### Análisis estadísticos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado utilizando gráficos y tablas porcentuales para variables con un nivel de medición nominal u ordinal, así como medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Por otra parte, para la comparación de variables cuantitativas entre  $k$  muestras independientes se utilizó, a título referencial, la prueba no paramétrica  $U$  de Mann-Whitney si  $k = 2$  y; en el estudio de la asociación de dos variables se utilizó Chi-cuadrado de independencia tratándose de variables nominales y Rho de Spearman en el caso de dos variables ordinales o cuantitativas.

Con el propósito de realizar comparaciones o asociaciones se dividió a los estudiantes en tres grupos: grupo 1, alumnos de carreras de la salud excluidos los alumnos de la carrera de medicina; grupo 2, los alumnos de la carrera de medicina y grupo 3, alumnos de la Facultad de Educación.

### Consideraciones éticas

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética y Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

### Resultados

Como se aprecia en la tabla 2, el nivel de alfabetización en salud (AS-Índice General) indica que 60.8% de los estudiantes se encuentra clasificado en las categorías de inadecuado y problemático.

Tabla 2. Niveles generales de alfabetización en salud según nivel de dominio (atención, prevención, promoción)

	Grupos de carreras <sup>a</sup>								
	Carreras de educación		Carreras de la salud sin medicina		Carrera de medicina		Total		Valor-p $\text{¥}$
Índice general de alfabetización en salud (1-47) n,(%)									
Inadecuado	4	(26.3)	10	(11.4)	6	(7.4)	60	(17.9)	
	4								
Problemático	7	(41.9)	47	(53.4)	27	(33.3)	144	(42.9)	
	0								
Suficiente	4								0.001*
	5	26.9)	25	(28.4)	41	(50.6)	111	(33.0)	
Excelente	8								
	1	(4.8)	6	(6.8)	7	(8.6)	21	(6.3)	
Total	6								
	7	(100.0)	88	(100.0)	81	(100.0)	336	(100.0)	
Alfabetización en salud: dominio "atención" n, (%)									
Inadecuado	3	(26.2)	12	(14.0)	3	(3.9)	54	(17.3)	
	9								
Problemático	6	(43.0)	42	(48.8)	30	(39.0)	136	(43.6)	
	4								
Suficiente	3								0.001*
	8	(25.5)	22	(25.6)	35	(45.5)	95	(30.4)	
Excelente	8								
	1	(100.0)	86	(100.0)	77	(100.0)	312	(100.0)	
Total	4								
	9	(100.0)	86	(100.0)	77	(100.0)	312	(100.0)	
Alfabetización en salud: dimensión "prevención". n,(%)									
Inadecuado	4								
	1	(24.4)	11	(12.5)	8	(11.0)	60	(18.2)	
Problemático	7								
	5	(44.6)	34	(38.6)	15	(20.5)	124	(37.7)	
Suficiente	4								0.001*

	4	(26.2)	34	(38.6)	39	(53.4)	117	(35.6)	
Excelente	8								
	1	(4.8)	9	(10.2)	11	(15.1)	28	(8.5)	
Total	6								
	8	(100.0)	88	(100.0)	73	(100.0)	329	(100.0)	
Alfabetización en salud: dimensión "promoción" n, (%)									
Inadecuado	6								
	5	(35.1)	15	(15.8)	6	(6.5)	86	(23.1)	
Problemático	6								
	6	(35.7)	43	(45.3)	34	(37.0)	143	(38.4)	
Suficiente	4							0.001*	
	2	(22.7)	32	(33.7)	41	(44.6)	115	(30.9)	
Excelente	1								
	2	(6.5)	5	(5.3)	11	(12.0)	28	(7.5)	
Total	1								
	8	(100.0)	95	(100.0)	92	(100.0)	372	(100.0)	
	5								

\*  $p < 0.05$ ; ¥ Prueba de independencia de Chi-Cuadrado.  
a Porcentaje columna.

Por otra parte, según el tipo de establecimiento de procedencia (tabla 3), se encontró que aquellos estudiantes que provenían de establecimientos privados presentaron niveles mayores de alfabetización suficiente y excelente (60%), en comparación con aquellos que provenían de establecimientos educacionales subvencionados (39.3%) y fiscales municipales (35.5%). Por otra parte, al relacionar el nivel de ingreso familiar con la alfabetización en salud, se encontró una relación positiva ( $\rho$  spearman = 0.193;  $p < 0.001$ ).

Tabla 3. Niveles de alfabetización en salud según factores sociodemográficos, nivel socioeconómico, tipo de establecimiento de origen y carrera

Alfabetización en salud (índice general)a						
	n. total	Inadecuado	Problemático	Suficiente	Excelente	Valor-p <sup>¥, £</sup>
Edad x, (d.e.)		19 (2.0)	19.0 (2.0)	19.0 (2.0)	19.0 (2.0)	n.s.
Sexo, n (%)						
Mujer	202	39 (19.3)	90 (44.6)	62 (30.7)	11 (5.4)	
Hombre	134	21 (15.7)	54 (40.3)	49 (36.6)	10 (7,5)	n.s.
Total	336	60 (17.9)	144 (42.9)	111 (33)	21 (6.3)	
Ingreso familiar n (%)						
\$180 000 ó menos	46	7 (15.2)	25 (54.3)	10 (21.7)	4 (8.7)	
\$300 000-\$180 001	102	28 (27.5)	39 (38.2)	34 (33.3)	1 (1.0)	
\$600 000-\$300 001	79	16 (20.3)	32 (40.5)	21 (26.6)	10 (12.7)	0.001*
\$900 000-\$600 001	31	5 (16.1)	15 (48.4)	10 (32.3)	1 (3.2)	
\$1 200 000-\$900 001	29	4 (13.8)	14 (48.3)	10 (34.5)	1 (3.4)	
\$2 000 000- \$1 200 001	23	-	9 (39.1)	10 (43.5)	4 (17.4)	
\$3 000 000- \$2 000 001	10	-	2 (20.0)	8 (80.0)	-	
\$3 000 001 ó más	14	-	6 (42.9)	8 (57.1)	-	
Total	334	60 (18)	142 (42.5)	111 (33.2)	21 (6.3)	
Tipo de establecimiento educacional n (%)						
Municipal	93	21 (22.6)	39 (41.9)	27 (29.0)	6 (6.5)	
Particular pagado	50	4 (8.0)	16 (32.0)	27 (54.0)	3 (6.0)	0.035*
Particular subvencionado.	193	35 (18.1)	89 (46.1)	57 (29.59)	12 (6.2)	
Total	336	60 (17.9)	144 (42.9)	111 (33.0)	21 (6.3)	
Grupos de carreras n (%)						
Carreras de educación	167	44 (26.3)	70 (41.9)	45 (26.9)	8 (4.8)	
Carreras de la salud sin medicina	88	10 (11.4)	47 (53.4)	25 (28.4)	6 (6.8)	0.001*
Carrera de medicina	81	6 (7.4)	27 (33.3)	41 (50.6)	7 (8.6)	
Total	336	60 (17.9)	144 (42.0)	111 (33.0)	(6.3)	

\*P < 0.05; ¥ Prueba de Chi-cuadrado; £ Prueba U de Mann-Withney.  
a Porcentaje fila.

Según carrera de pertenencia (tabla 3), se encontró que los estudiantes de medicina presentaron los mayores niveles de alfabetización en salud (categorías suficiente y excelente: 59.2%), comparados con aquellos de otras carreras de la salud (35.2%) y de las carreras del ámbito de la educación (31.7%). También se puede apreciar que la proporción de alumnos con excelente alfabetización en salud se distribuye en forma muy similar entre los estudiantes de los establecimientos educacionales privados, particulares subvencionados y públicos, todos con puntuaciones alrededor de 6%. Por otra parte, según edad y género, no se encontraron diferencias estadísticas significativas para los distintos niveles de alfabetización en salud.

Por otra parte, como se observa en la tabla 4, se encontró que un alto porcentaje de los estudiantes se encuentra clasificado en los niveles inadecuados y problemático en las distintas dimensiones de procesamiento de la información, siendo los estudiantes de medicina los que mejor ponderación logran en comprender la información en salud. El mayor déficit en alfabetización en salud se encuentra en el pensamiento crítico (67%) y en la aplicación de la información obtenida (60%).

Tabla 4. Niveles de alfabetización en salud según dimensión de procesamiento de la información en salud (acceder, comprender, juzgar y aplicar).

Grupos de carreras <sup>a</sup>					
	Facultad de Educación		Facultad de Medicina		
	Carreras de educación	Carreras de la salud sin medicina	Carrera de medicina	Total	Valor -p <sup>y</sup>
Acceder (índice general)					
Inadecuado	37 (20)	12 (13)	6 (6.5)	55 (15)	
Problemático	76 (42)	46 (48)	33 (36)	155 (42)	
Suficiente	58 (32)	30 (32)	40 (44)	128 (35)	0.009
Excelente	12 (6.6)	7 (7.4)	13 (14)	32 (8.6)	
Total	183 (100)	95 (100)	92 (100)	370 (100)	
Comprender (índice general)					
Inadecuado	34 (17)	6 (6.2)	1 (1)	41 (10)	
Problemático	81 (40)	35 (36)	20 (21)	136 (34)	
Suficiente	74 (37)	45 (46)	57 (59)	176 (44)	0.001
Excelente	14 (6.9)	11 (11)	18 (19)	43 (11)	
Total	203 (100)	97 (100)	96 (100)	396 (100)	

Juzgar (índice general)					
Inadecuado	72 (40)	24 (27)	15 (17)	111 (31)	
Problemático	60 (34)	33 (37)	33 (38)	126 (36)	
Suficiente	41 (23)	30 (33)	34 (40)	105 (30)	0.009
Excelente	6 (3.4)	3 (3.3)	4 (4.7)	13 (3.7)	
Total	179 (100)	90 (100)	86 (100)	355 (100)	
Aplicar (índice general)					
Inadecuado	66 (33)	16 (17)	14 (15)	96 (25)	
Problemático	65 (33)	40 (42)	31 (32)	136 (35)	
Suficiente	58 (29)	34 (35)	40 (42)	132 (34)	0.002
Excelente	11 (5.5)	6 (6.3)	11 (12)	28 (7.1)	
Total	200 (100)	96 (100)	96 (100)	392 (100)	

\*  $p > 0.05$ ; ¥ Prueba de Chi-cuadrado.  
a Porcentaje columna.

Como se aprecia en la tabla 5, los estudiantes del grupo de carreras de educación provienen principalmente de establecimientos públicos (37.7%) y particulares subvencionados (54.0%). Una situación similar es la que ocurre con los estudiantes de las carreras de la salud sin medicina, quienes provienen principalmente de establecimientos particulares subvencionados (73.5%). En cambio, los estudiantes de medicina provienen principalmente de establecimientos particulares privados y subvencionados (90.1%).

Tabla 5. Establecimiento educacional de procedencia de los estudiantes según carrera  
Grupos de carreras

Grupos de carreras				
	Carreras de educación	Carreras de la salud sin medicina	Carrera de medicina	Total
Establecimiento de educacional n (%)				
Municipal.	81 (37.7)	22 (21.6)	10 (9.9)	113 (27)
Particular pagado.	18 (8.3)	5 (4.9)	40 (39.6)	63 (15.1)
Particular subvencionado.	116 (54.0)	75 (73.5)	51 (50.5)	242 (57.9)
Total	215 (100)	102 (100)	101 (100)	418 (100)

a Porcentaje columna.

Al analizar los ingresos económicos de las familias (tabla 6), vemos que en la facultad de medicina 21.9% de los estudiantes tienen un ingreso familiar igual o superior a \$3 000 000/mes, mientras que 1% de los alumnos del resto de las carreras de la salud tienen ese ingreso y sólo 2.8% de los alumnos de la Facultad de Educación pertenecen a ese nivel socioeconómico.

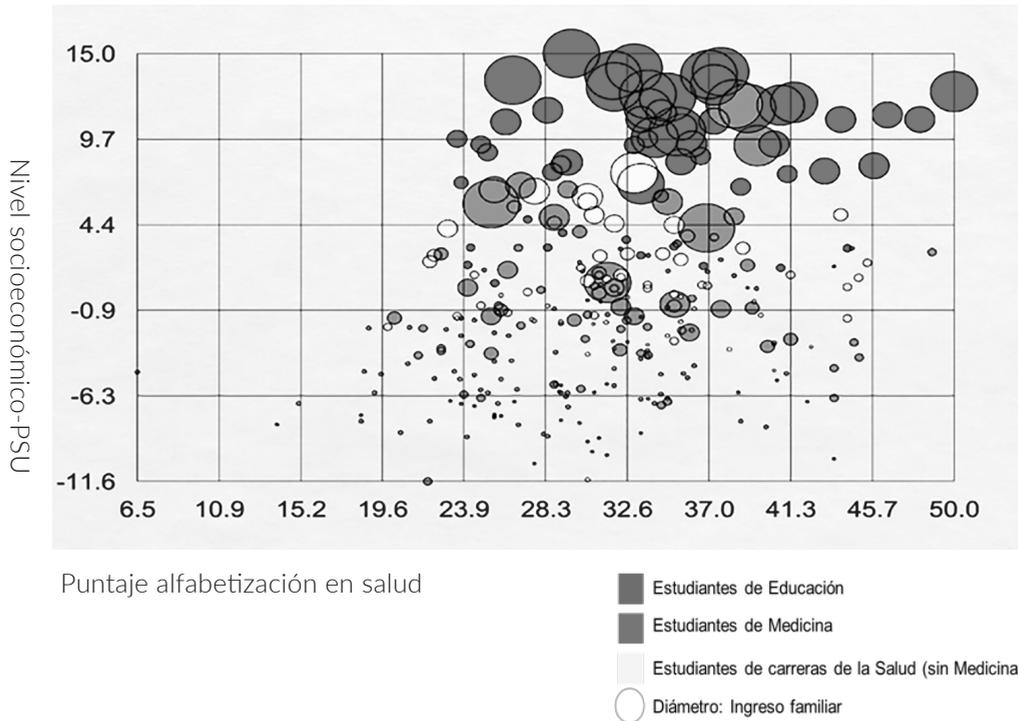
Tabla 6. Ingreso familiar de los estudiantes según carrera

Grupos de carreras				
	Carreras de educación	Carreras de la salud sin medicina	Carrera de medicina	Total
Ingreso familiar n, (%)				
\$180 000 ó menos	35 (16.3)	12 (12)	8 (7.9)	55 (13)
\$300 000-\$180 001	81 (37.7)	23 (23)	15 (15)	119 (29)
\$600 000-\$300 001	53 (24.7)	35 (35)	17 (17)	105 (25)
\$900 000-\$600 001	16 (7.4)	14 (14)	9 (8.9)	39 (9)
\$1 200 000-\$900 001	14 (6.5)	8 (8.1)	15 (15)	37 (9)
\$2 000 000-\$1 200 001	10 (4.7)	6 (6.1)	16 (16)	32 (8)
\$3 000 000-\$2 000 001	3 (1.4)	1 (1.0)	9 (8.9)	13 (3)
\$3 000 001 ó más	3 (1.4)		12 (12)	15 (4)
Total	215 (100)	99 (100)	101 (100)	415 (100)

a Porcentaje columna.

Como se aprecia en la gráfica 1, los alumnos de la Facultad de Medicina (en rojo) se distribuyen preferentemente hacia los niveles más altos de puntaje de la PSU y de los niveles altos de ingresos económicos y los mejores resultados de alfabetización en salud, en comparación con sus compañeros de las carreras de carreras de salud (en amarillo) y de educación (en verde) ( $r_s = 0.235$ ;  $p \leq 0.001$ ).

Gráfica 1. Alfabetización en salud, nivel socioeconómico y resultados PSU de los estudiantes de carreras de la salud, medicina y de educación



## Discusión

El marco conceptual de la alfabetización en salud del Consorcio de Alfabetización de la Unión Europea considera los diferentes aspectos de la relación de los sujetos y la comunidad con la información existente sobre salud. El instrumento HLS-EU analiza la capacidad de los sujetos para acceder, comprender, tener un juicio crítico y aplicar la información en salud en la vida cotidiana, durante todo el proceso vital y, en particular, en los momentos de enfermedad, de riesgo de enfermarse o en el periodo de mantener el estado de salud o bienestar.

Los actores relevantes de la salud, como el Estado, los prestadores de salud, aseguradores, la academia y la sociedad civil, entre otros, necesitan instrumentos de medición y seguimiento de los impactos de las políticas públicas en salud para su constante evaluación y adecuación a los cambios epidemiológicos y sociales.

El HLS-EU ha demostrado ser un buen instrumento para medir la alfabetización en salud de los individuos, en particular, y de la población en general. Sin embargo, este instrumento debe ser aplicado con modificaciones y adaptaciones a las realidades culturales y lingüísticas de la población.

En nuestra experiencia, la adaptación realizada para el contexto chileno nos permitió evaluar el estado de la alfabetización en salud de los estudiantes de primeros años de carreras de salud y de educación, carreras fundamentales, ya que se proyectan como agentes fundamentales para los cambios sociales.

En la población estudiantil analizada, 60.7% presentó una alfabetización inadecuada y problemática, similar a lo reportado por Zhang<sup>23</sup> en estudiantes del área de la salud en Chongqing, China, donde la mayoría de los estudiantes obtuvo niveles insuficientes.

En nuestro estudio, los estudiantes de pedagogía fueron los que presentaron el mayor déficit, mientras que los del área de la salud, sin incluir a los de la carrera de medicina, presentaron un porcentaje algo menor. Sin embargo, a pesar de que los estudiantes de medicina tienen los mejores resultados, un gran porcentaje de ellos mostraron niveles problemáticos e inadecuados (40.7%). Llama la atención el elevado porcentaje de este grupo, considerando que son estudiantes de altísimo rendimiento escolar y la mayoría de ellos de nivel socioeconómico elevado.

En ese sentido, este estudio reveló que los alumnos de los establecimientos privados y con un nivel socioeconómico alto obtienen mejores resultados en la PSU, acceden con mayor facilidad a las carreras de alto prestigio y tienen mejores niveles de alfabetización en salud. Sin embargo, uno de los hallazgos de este estudio fue que la distribución de los estudiantes que obtuvieron nivel de alfabetización excelente, fue bastante pareja entre el nivel socioeconómico más bajo y el más alto (4 estudiantes cada uno). Esto permite conjeturar que, si bien el nivel socioeconómico es un determinante importante en los niveles de alfabetización en salud, existen otros factores que determinan buenos niveles, los que podrían tener que ver con el capital cultural u otros factores como la resiliencia y el sentido de coherencia de los individuos.<sup>19</sup>

Una limitación de este estudio fue que sólo se consideró a estudiantes de primeros años, por lo que se desconoce qué ocurre con los niveles de alfabetización en años superiores. El estudio realizado por Zhang *et al.*<sup>23</sup> reveló que los estudiantes con menor nivel de alfabetización en salud fueron los de primeros años, mientras que los de cursos superiores demostraron mejores niveles, lo que permite inferir que la instrucción universitaria tiene un efecto positivo en la alfabetización en salud. En ese sentido, una nueva evaluación de la misma cohorte permitiría evaluar el impacto de la educación universitaria en la alfabetización en salud.

En conclusión, es preocupante que en estos dos campos, educación y salud, los niveles de alfabetización en salud sean tan bajos. Lo anterior nos compromete a trabajar en la educación terciaria la educación en salud y mejorar las competencias para acceder, comprender y generar conductas críticas que permitan una adecuada aplicación de los conocimientos en la vida diaria.

## Reflexiones finales

La alfabetización en salud requiere de una coordinación efectiva entre los sectores de educación y salud para enfrentar con eficiencia los complejos problemas que enfrenta la sociedad en el siglo XXI. Sin lugar a dudas, la alfabetización en salud, orientada hacia el proceso individual y preferentemente en el marco de la atención clínica, es un área de desarrollo importante. Sin embargo, el enfoque hacia la salud pública toma cada día más fuerza y requiere de más investigación.

A nivel de los Estados, y en especial en América Latina, es urgente una estrecha coordinación y generación de políticas públicas integradas entre los ministerios de Educación y Salud. A los complejos problemas de salud, medio ambiente, pobreza no es posible tratarlos con miradas sectoriales.

La obesidad es un ejemplo de ello. A pesar de los recursos invertidos y la dedicación sectorial, no sólo no se ha logrado controlar la pandemia, sino que aumenta año tras año.

El informe McKinsey de 2014 sobre obesidad pone de manifiesto el impacto económico directo y las inversiones necesarias para mitigar los efectos de ella y de otros hábitos de vida poco saludables, como el tabaquismo. Ambos factores (consumo de tabaco y la obesidad), a nivel mundial, representan una carga económica para los Estados que duplica a la provocada por la violencia armada, las guerras, el terrorismo e incluidos los gastos militares.<sup>24</sup>

Estos datos generan una alarma extraordinaria que nos llama a incrementar los esfuerzos para generar políticas públicas que permitan una mejor educación de la población para lograr hábitos de vida más saludables.

La Comisión de Salud Planetaria de la Fundación Rockefeller-Lancet (2015) ha hecho un llamado urgente al trabajo transdisciplinario para enfrentar los complejos problemas de la humanidad. Para obtener crecimiento económico en el presente, la humanidad está hipotecando la salud de las futuras generaciones.<sup>25</sup>

Según este informe es urgente vincular la relación del daño ambiental con la mejora de los resultados de salud de la humanidad. Para lograr estos objetivos es necesario un trabajo transdisciplinario, que involucre a todos los actores de la sociedad partiendo fundamentalmente por la sociedad civil integrando a todos los ciudadanos en esta tarea, a los gobiernos, a los sectores de salud y de educación, los empresarios, etcétera.

Es fundamental crear una conciencia global de la necesidad de un crecimiento sustentable y equitativo que impacte la salud de toda la población y mantenga el equilibrio y la integridad de nuestro medio ambiente y la alfabetización en salud juega un rol fundamental en este proceso de consolidación de la salud planetaria.

Hemos vivido, en las últimas décadas, un profundo cambio de paradigma en salud. Hemos pasado de la preocupación por la enfermedad, a la preocupación por el bienestar. El concepto de *salutogénesis* de Aarón Antonovsky,<sup>25</sup> que hace hincapié en los recursos generales de resistencia y en el sentido de coherencia de las personas, ha tenido un importante impacto en los organismos internacionales de salud. Prueba de esto es La Carta de Ottawa, la que, sin hacer referencia explícita al concepto, recomienda trabajar en los activos de salud de los sujetos.

La emergente concepción de la Medicina P4<sup>26</sup> viene a reforzar el concepto anterior, con una mirada desde la biología de los sistemas. Ésta considera cuatro características fundamentales de la medicina. La primera es que es personalizada, ya que cada sujeto tiene un código genético diferente, lo que lo convierte en un ser único e irrepetible. La segunda característica es que es predictiva, ya que dicho código permite saber con anticipación qué enfermedades desarrollarán los individuos en el futuro, esto gracias a marcadores proteicos, metabolitos, etc. que se manifiestan con años, incluso, décadas de anticipación a las manifestaciones clínicas de una enfermedad. En tercer lugar la medicina es preventi-

va, ya que si es posible detectar estas manifestaciones de riesgo, es posible implementar acciones específicas. Finalmente, si la biología de los sistemas nos permite esta mirada de información, la medicina debe ser participativa para que cada sujeto tome en sus manos el destino de su propia vida.

Pero esta tarea no es un desafío individual, el individuo está inmerso en una sociedad que genera condicionantes sociales, ambientales y culturales que impactan la salud de los individuos. La tarea es enfrentar la salud como un problema planetario, como lo señala el reporte de *The Rockefeller Foundation-Lancet Commission*.<sup>25</sup>

En este nuevo escenario es fundamental un instrumento de medición de alfabetización en salud que tome en consideración, no sólo la relación entre el médico y el paciente, sino la cada vez más compleja relación de la humanidad en su conjunto con el planeta y que nos permita medir y realizar un seguimiento de nuestras políticas públicas orientadas a la consecución de estados de bienestar mayor para la población.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1\_suppl), 1974, pp. 1-10.
- <sup>2</sup> WHO. Promoción de la salud: glosario. 1998.
- <sup>3</sup> AMA. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Jama*. 1999; 281(6): 552-557.
- <sup>4</sup> Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2006; 21(8): 878-83.
- <sup>5</sup> Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *J Health Commun*. 2003; 8 Suppl 1: 119-120.
- <sup>6</sup> Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*. 2005; 20(2): 195-203.
- <sup>7</sup> Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health promotion international*. 2008; 23(2): 152-159.
- <sup>8</sup> UNICEF. Facts for life: unicef; 2010.
- <sup>9</sup> Parker R. M, Baker D. W, Williams M.V., Nurss J. R. The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine*. 1995; 10(10): 537-541.
- <sup>10</sup> Rivero-Méndez M., Suárez E., Solís-Báez S. S., Hernández G., Cordero W., Vázquez I. et al. Internal consistency of the Spanish health literacy test (TOFHILA-SPR) for Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 2010; 29(1): 49-53.
- <sup>11</sup> Lee SYD, Stucky BD, Lee JY, Rozier RG, Bender DE. Short assessment of health literacy-Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health services research*. 2010; 45(4): 1105-1120.
- <sup>12</sup> Lee SY, Bender DE, Ruiz RE, Cho YI. Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. *Health Serv Res*. 2006; 41(4 Pt 1): 1392-1412.
- <sup>13</sup> Konfino J, Mejía R, Majdalani MP, Pérez-Stable EJ. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *MEDICINA (Buenos Aires)*. 2009; 69(6): 631-4.
- <sup>14</sup> Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*. 2005; 3(6): 514-522.

- <sup>15</sup> Sorensen K. Health literacy: a neglected European public health disparity. 2013.
- <sup>16</sup> Consortium H-E. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. 2012.
- <sup>17</sup> Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015; 25(6): 1053-1058.
- <sup>18</sup> de Ottawa C. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Health Promotion*. 1986; 1(4).
- <sup>19</sup> Antonovsky A. A call for a new question–salutogenesis–and a proposed answer–the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*. 1984; 2(1): 1-13.
- <sup>20</sup> Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: revision and methodological recommendations. *Salud pública de México*. 2013; 55(1): 57-66.
- <sup>21</sup> Lauffer A, Solé L, Bernstein S, Lopes M, Francisconi C. Practical aspects for minimizing errors in the cross-cultural adaptation and validation of quality of life questionnaires. *Revista de gastroenterología de México*. 2013; 78(3): 159-176.
- <sup>22</sup> Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, et al. The world health organization health and work performance questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2003; 45(2): 156-174.
- <sup>23</sup> Zhang Y, Zhang F, Hu P, Huang W, Lu L, Bai R, et al. Exploring health literacy in medical university students of Chongqing, China: a cross-sectional study. *PloS one*. 2016; 11(4): e0152547.
- <sup>24</sup> Richard D, Corinne S, Fraser T, James M, Jonathan W, Peter C. Overcoming obesity: an initial economic analysis. McKinsey global institute. 2014.
- <sup>25</sup> Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*. 2015; 386(10007): 1973-2028.
- <sup>26</sup> Auffray C, Charron D, Hood L. Predictive, preventive, personalized and participatory medicine: back to the future. *Genome Med*. 2010 Aug 26; 2(8): 57.



## ALFABETIZACIÓN EN SALUD FUNCIONAL Y PERCIBIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN MURCIA, ESPAÑA

Aurelio Luna Ruiz-Cabello, Lucía Fernández López, Aurelio Luna Maldonado y María Falcón Romero

### Resumen

El estudio de la alfabetización en salud (AES) en niños y adolescentes está cobrando gran relevancia por su papel en la prevención de conductas de riesgo y la consolidación de hábitos saludables. Para medir y analizar la AES en adolescentes existen cuestionarios como el HLS-Q que evalúa la AES percibida en distintas competencias y dominios. Otras herramientas como el Newest Vital Sign (NVS) evalúa el nivel de AES funcional de forma objetiva.

El objetivo principal de este trabajo es analizar los niveles de AES funcional de alumnos del último curso de educación secundaria obligatoria mediante el NVS y su relación con la AES percibida, así como comprobar la factibilidad de utilizar este instrumento en grupo en clase.

Un 79.5% de los estudiantes (n = 200) tiene un nivel de AES adecuado frente a 20.5% con un nivel de AES limitado. Además, se encontró que la proporción de AES adecuada era superior en las chicas que en los chicos y en el grupo de alumnos que no habían repetido curso. El NVS es un instrumento sencillo que correlaciona bien con la AES percibida y su utilización en la escuela se puede realizar de forma autoadministrada en grupo en el aula.

*Palabras clave: alfabetización en salud, adolescentes, educación para la salud.*

### Abstract

The study of health literacy (HL) in children and adolescents is increasing on relevance nowadays because of the useful role that it could play in order to prevent risk behaviours, contributing as well to obtain a correct consolidation of healthy habits. There are instruments to measure and analyze HL in adolescents such as the HLS-Q that evaluates the perceived HL in different competences and domains. Other tools, such as the Newest Vital Sign (NVS) evaluates the level of functional HL objectively.

The aim of this study was: to measure the functional HL levels of students during the last year of Compulsory Education using the NVS, to analyze at the same time its relationship with the perceived HL and to check the feasibility of using this instrument in group at class.

79.5% of the students (n = 200) had an adequate level of HL compared to 20.5% with a limited HL level. The proportion of adequate HL was higher in girls and in the group of students who had not repeated the course. The NVS is an easy instrument that correlates well with the perceived HL and it can be used self-administered in group in the school.

*Key words: health literacy, adolescents, health education.*

## Introducción

En sus orígenes el concepto de alfabetización en salud (AES) aludía a las capacidades de los enfermos para poder aplicar las habilidades de lectura, escritura y aritmética a los materiales relacionados con la salud en el contexto médico-sanitario. Más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó que la AES era algo más que el simple hecho de poder leer y comprender las recetas o las citas médicas, y aparece definida en su glosario de términos de promoción de la salud como “las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y capacidad de los individuos para alcanzar el acceso, la comprensión y el uso de la información de manera que pueda promocionar y mantener una buena salud” (Nutbeam, 1998). Nutbeam desarrolló más tarde este concepto distinguiendo tres niveles progresivos de AES: funcional, interactiva y crítica. La AES funcional se refiere a tener suficientes habilidades básicas de lectura y escritura para funcionar con eficacia en situaciones cotidianas y en un contexto sanitario. La AES interactiva se corresponde con habilidades cognitivas más avanzadas y habilidades sociales que permitan la participación activa de las personas en los cuidados de su salud. Y por último, el estadio más avanzado, la AES crítica se refiere a la habilidad para analizar críticamente y utilizar la información de salud en la participación de acciones que sobrepasan las barreras estructurales para la salud (Nutbeam, 2000).

La evolución que el constructo de la AES está teniendo en los últimos años se pone de manifiesto en una de sus últimas definiciones que hace hincapié en ampliar la dimensión de la atención y el cuidado del enfermo hacia la salud pública del ciudadano, incorporando la prevención de riesgos y la promoción de la salud (Sørensen et al., 2012; Falcon Romero & Ruiz-Cabello, 2012).

La AES se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta.

Recientemente el interés en estudiar la AES se ha dirigido no sólo a los adultos, sino que se ha ampliado a los niños y adolescentes (Manganello, 2008; Samson-Daly *et al.*, 2017). Las investigaciones que relacionan la AES en este colectivo y los resultados en salud han tenido repercusiones tanto en el ámbito sanitario como en el educativo que se han plasmado en las políticas de la OMS con la reciente Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud, de 21 de noviembre de 2016 (WHO 2017).

Todas las investigaciones sobre AES coinciden en su fuerte relación con la alfabetización general y el nivel de educación formal de los ciudadanos (Sørensen *et al.*, 2015; Luna Ruiz-Cabello, 2015) y distintos autores abogan por el colegio como el escenario ideal donde impulsar y promocionar las intervenciones que mejoren la AES de los estudiantes (Paakkari y Paakkari, 2012).

La Constitución española, en su capítulo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria. Así, es de suponer que la educación general básica obligatoria en España aporta a los adolescentes unas habilidades y competencias suficientes para afrontar la vida con unas garantías de éxito mínimas que podrían concretarse en la definición de alfabetización funcional de Nutbeam (Nutbeam, 2000). Además, el cambio del modelo de sanidad que en la actualidad está modificándose desde el paternalismo hacia la autonomía, se sustenta

en un ciudadano empoderado que gestiona su salud de manera más autónoma. Así, un adolescente con un buen nivel de AES se encontrará en mejor disposición de adoptar hábitos saludables a lo largo de la vida y descartar prácticas de riesgo perjudiciales para su salud y la de su comunidad (Fleary, Joseph y Pappagianopoulos, 2018). De ahí que la educación para la salud sea una herramienta indispensable que debe comenzar a implantarse en el currículo escolar para influir progresivamente en el desarrollo de la AES del niño y el adolescente (Fleary, Joseph y Pappagianopoulos, 2018).

La legislación española vigente establece que la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) debe enseñar a los alumnos, entre otros objetivos, a conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social, así como a valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente, contribuyendo a su conservación y mejora (Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la ESO y del bachillerato).

Aunque en la actualidad existen pocos trabajos donde se haya estudiado la AES en niños y adolescentes, una reciente revisión apunta que uno de cada tres adolescentes tiene una AES limitada (Samson-Daly *et al.*, 2017) y es de destacar que existen pocas herramientas validadas que midan la AES en este grupo de población (Okan *et al.*, 2018). Dentro de estos instrumentos, el HLSQ-47 (Sørensen *et al.*, 2013) mide la AES percibida por los encuestados, que autoevalúan su capacidad para desempeñar distintas tareas relacionadas con el manejo de información relevante para la salud. Otros instrumentos como el Newest Vital Sign (NVS) (Weiss *et al.*, 2005) miden de forma objetiva el desempeño que el encuestado demuestra para realizar tareas concretas relacionadas con la comprensión de la información. Cada herramienta tiene sus fortalezas y limitaciones y la evidencia muestra que no siempre existe correlación entre ellas, por lo que cada día más se apuesta por la utilización de herramientas mixtas que de forma autoadministrada evalúen las habilidades y capacidades de los ciudadanos mediante ítems objetivos y subjetivos (Okan *et al.*, 2018).

## Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es analizar los niveles de alfabetización funcional en salud de alumnos del último curso de ESO en España mediante el NVS. También pretendemos analizar si los resultados obtenidos se corresponden con la alfabetización percibida reportada por los adolescentes y, además, comprobar, la factibilidad de utilizar este instrumento en grupo en clase.

## Materiales y métodos

### *Población*

Análisis descriptivo transversal durante marzo de 2016. La encuesta se ha realizado en cinco centros educativos públicos y privados de la región de Murcia, España, elegidos de forma que representaran la diversidad sociodemográfica y territorial de nuestra comunidad. Los estudiantes pertenecían al último curso de la ESO. La participación fue voluntaria y el estudio fue aprobado por la comisión ética de los centros. Todos los alumnos (n = 213) accedieron a participar. Trece cuestionarios fueron desestimados para el estudio por ser devueltos en blanco o con respuestas que no tenían relación con el estudio.

## Herramientas

El NVS (Weiss *et al.*, 2005) se utiliza para medir el nivel de AES funcional y se basa en la interpretación de la información nutricional de una etiqueta de helado. Consta de seis preguntas y para calcular la puntuación se le da un punto a cada respuesta correcta. Una AES baja se corresponde con una puntuación entre 0 y 1, intermedia entre 2 y 3 y adecuada con una puntuación de 4 o superior (Rowlands *et al.*, 2013; Sarmiento *et al.*, 2015). La principal ventaja del NVS es su rápida administración (Johnson y Weiss, 2008) y tiene como limitación que mide exclusivamente AES funcional.

Junto al NVS se ha añadido un ítem extraído del HLS-Q47 (HLS-EU Consortium, 2012), exactamente el Q.38: "En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, ¿cómo le resultaría comprender la información incluida en los envases de alimentos?" con el objetivo de poder comprobar si existe una correlación entre la percepción de la dificultad de realizar dicha tarea y la eficacia a la hora de realizarla medida a través de la puntuación en el NVS.

## Procedimiento

El cuestionario fue distribuido a los alumnos en hora de clase de forma grupal por un investigador entrenado explicándoles brevemente los objetivos del estudio. Cada ítem se leyó en voz alta y se dejó tiempo sin límite para contestar en un cuestionario en papel.

## Análisis estadístico

Todos los datos fueron recogidos y analizados mediante el programa estadístico SPSS, versión 20. Se calcularon distintos estadísticos descriptivos para resumir las características de la población y la puntuación de NVS. Para explorar las diferencias entre las medias de la AES en los grupos se realizó la prueba U de Mann-Whitney, y la prueba de Chi-cuadrado para comprobar si existía una asociación estadísticamente significativa entre las diferentes variables recogidas en el trabajo.

## Resultados

La muestra está constituida por 110 chicos y 90 chicas, con edades comprendidas entre 15 y 18 años y una media de edad de  $15.67 \pm 1.49$  años.

En la tabla 1 se muestran las frecuencias y porcentajes de aciertos en cada pregunta del cuestionario NVS.

Tabla 1. Resultados en frecuencia y porcentaje de las respuestas correctas del NVS

Cuestiones NVS	Aciertos (%)
q1	158 (79)
q2	181 (90.5)
q3	145 (72.5)
q4	88 (44)
q5	171 (85.5)
q5b	171 (85.5)

El porcentaje y número de estudiantes clasificados con alfabetización alta, intermedia y baja se describen en la tabla 2. La puntuación media de AES del total de la muestra y en los grupos de estudiantes por sexos y por situación académica (repetidor/no repetidor) se muestra en la tabla 3. junto con la prueba de la Chi-cuadrado donde se ve la proporción de estudiantes clasificados según presentaran una AES adecuada o limitada (AES intermedia + AES baja) en los distintos grupos.

Tabla 2. Clasificación de los niveles de AES según la puntuación del NVS

	n (%)
AES baja	9 (4.5)
AES intermedia	32 (16)
AES adecuada	159 (79.5)
Total	200 (100)

Tabla 3. Niveles de AES de los estudiantes utilizando el NVS en el total y por grupos según características el sexo y el nivel académico. Estadísticos U de Mann-Whitney y Chi-cuadrado.

	n (%)	Media	p	% AES adecuada	% AES limitada	P
Total	200 (100)	4.57 ± 1.49		79.5	20.5	
Chicos	110 (55)	4.45 ± 1.61	0.479	73.6	26.4	0.023
Chicas	90 (45)	4.71 ± 1.33		86.7	13.3	
No repetidores	184 (92)	4.70 ± 1.43	0.000	83.2	16.8	0.000
Repetidores	16 (8)	3 ± 1.36		37.5	62.5	

En la tabla 4 se muestra la tabla de contingencia obtenida al cruzar los alumnos clasificados según su puntuación en el NVS con su AES percibida, utilizando la prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 4. Tabla de contingencia entre la clasificación según el NVS y la AES percibida. Estadística Chi-cuadrado.

	AES limitada	AES adecuada	Total	p
Fácil	16	108	124 (62%)	0.001
Difícil	25	51	76 (38%)	
Total	41 (20.5%)	159 (79.5%)	200	

## Discusión

Basándonos en los resultados de nuestro trabajo podemos afirmar que la mayoría de los estudiantes del último curso de ESO adquieren una AES funcional adecuada. Este porcentaje es alto comparado con los estudios realizados en este campo que recogen en recientes revisiones (Samsom-daly, 2016 y Sanders, 2009). Estos dos capítulos coinciden en que al menos uno de cada tres adolescentes y jóvenes tienen una AES inadecuada o pobre. Sin embargo hemos de ser prudentes al interpretar y comparar los niveles de AES y tener en cuenta el hecho de que todas las herramientas que se utilizan para evaluar los niveles de AES no miden lo mismo, pues cada una se basa en constructos diferentes. Los estudios que utilizan como nosotros el NVS (Linnebour y Linnebour, 2018; Manganello *et al.*, 2015; Ghaddar *et al.*, 2012; Driessnack *et al.*, 2013; Warsh *et al.*, 2014) también obtienen peores resultados, lo que puede deberse a que estos estudios incluyen adolescentes y niños con edades inferiores a los 15 años y distintos grados educativos, mientras que en nuestro estudio solo se ha investigado el alumnado de 4º de la ESO (15-18 años).

Es de destacar los esperanzadores que resultan estos resultados al compararlos con los descritos en población general española en el proyecto HLS-EU, ya que en este estudio realizado en 2011 sólo 36.9% de la muestra mostraba un nivel de AES adecuado utilizando también el NVS (HLS-EU Consortium, 2012).

Diversos estudios han destacado la importancia de investigar este grupo de población e intervenir de forma precoz para mejorar su AES (Ghaddar *et al.*, 2012; Samson-Daly *et al.*, 2015; Manganello *et al.*, 2015; Paakkari y Paakari 2012; Abrams, Klass y Dreyer, 2009). Ghaddar *et al.* (2012) destacan que los adolescentes se caracterizan por una mayor dependencia de la tecnología que los adultos y suelen usar internet para acceder a información relacionada con la salud, con lo que es importante asegurar que tienen competencias para juzgar la fiabilidad de las fuentes que utilizan. Además en estas etapas es cuando comienzan a realizar prácticas de riesgo relacionadas con el sexo o el consumo de alcohol y drogas y cuando se inician y consolidan hábitos saludables relacionados con el ejercicio y la dieta (Fleary, Joseph y Pappagianopoulos, 2018).

A diferencia de otros autores que no han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre el sexo y el nivel de AES (Manganello *et al.*, 2015; Linnebour y Linnebour, 2018; Ghadar *et al.*, 2013) en nuestra población la proporción de chicas con AES adecuada es superior al de chicos.

Como podemos ver en la tabla 3, de entre el alumnado que ha repetido algún curso sólo 37.5 % tiene una AES adecuada, de lo que podemos deducir que haber repetido algún curso supone un hándicap que hace que aumente el riesgo de tener una alfabetización limitada. Sería importante indagar más en referencia a las debilidades encontradas en este subgrupo de estudiantes que han tenido bajas calificaciones en el pasado para poder identificar en qué áreas de la gestión de la información se producen los déficits: el acceso, la comprensión, la capacidad de juzgar o de aplicar la información. Para ello necesitaríamos utilizar otros instrumentos como el HLS-Q47 más complejos y estructurados que nos permitieran diseñar mejor cualquier intervención en educación para la salud que trata de resolver esas carencias.

La percepción de la AES medida con el ítem 38 del cuestionario HLS-Q47 concuerda con los resultados objetivos mediante el NVS en un porcentaje importante. Al contrastar

la dificultad percibida con la eficacia a la hora de realizar dicha tarea, comprobamos que entre los que la perciben fácil la gran mayoría tienen una AES adecuada, solamente 16 (12.9%) de éstos tienen una alfabetización limitada, mientras que de los que la perciben difícil 51 (67.10%) tienen una AES adecuada. La alta concordancia entre las dos medidas sugiere la necesidad de seguir investigando en herramientas simples que nos orienten en la evaluación de la AES de una forma rápida y puedan utilizarse para el cribado tanto en entornos clínicos como educativos.

Al igual que Linnebour y Linnebour (2018) y Manganello *et al.*, (2015) hemos comprobado que el NVS resulta una herramienta sencilla para comprobar si los adolescentes poseen una AES funcional adecuada, siendo factible el aplicarlo de forma autoadministrada en grupo en el aula. Su utilización periódica permitiría monitorizar en el tiempo la eficacia de las políticas sanitarias y educativas de nuestro país.

Como limitaciones, hemos de recordar que el NVS sólo mide AES funcional diseñado para medir AES en el entorno clínico y sólo se ha medido en un grupo pequeño de población sin tener en cuenta los factores sociodemográficos y económicos que tanto influyen en la AES de los adultos.

### Referencias bibliográficas

- Abrams, M. A., Klass, P., & Dreyer, B. P. (2009). Health literacy and children: recommendations for action. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S327-S331. DOI:10.1542/peds.2009-11621
- Driessnack, M., Chung, S., Perkhounkova, E., & Hein, M. (2014). Using the “Newest Vital Sign” to assess health literacy in children. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(2), 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.05.005>
- Falcón Romero, M., & Ruiz-Cabello, A. L. (2012). Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. *Proyecto europeo de alfabetización en salud. Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98.
- Flery, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of adolescence*, 62, 116-127. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010>
- Ghaddar, S. F., Valerio, M. A., García, C. M., & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of school health*, 82(1), 28-36. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00664.x
- HLS-EU Consortium Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009-2012 Maastricht University; 2012. Retrieved from: <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/file?uid=d101b63c-db-be-472d-971f-7a4eae14ba47&owner=d5b3681e-fc4a-476e-b9ff-a807c26760b9>
- Johnson, K., & Weiss, B. D. (2008). How long does it take to assess literacy skills in clinical practice? *Journal of American Board of Family Medicine*, 21, 211-214. doi:10.3122/jabfm.2008.03.070217
- Linnebur, L. A., & Linnebur, S. A. (2018). Self-administered assessment of health literacy in adolescents using the newest vital sign. *Health promotion practice*, 19(1), 119-124. <https://doi.org/10.1177/1524839916677729>
- Luna Ruiz-Cabello, A. (2015). La alfabetización en salud de la población española: variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.

- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840-847. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Manganello, J. A., DeVellis, R. F., Davis, T. C., & Schottler-Thal, C. (2015). Development of the health literacy assessment scale for adolescents (HAS-A). *Journal of communication in healthcare*, 8(3), 172-184. <https://doi.org/10.1179/1753807615Y.0000000016>
- Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364. Versión traducida al español recuperado en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., ... & Levin-Zamir, D. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 18(1), 166.
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152.
- Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la educación secundaria obligatoria y del bachillerato. BOE-A-2015-37 núm. 3, de 3 de enero de 2015. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, España.
- Rowlands, G., Khazaezadeh, N., Oteng-Ntim, E., Seed, P., Barr, S., & Weiss, B. D. (2013). Development and validation of a measure of health literacy in the UK: the newest vital sign. *BMC Public Health*, 13(1), 116. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-116>
- Sanders, L. M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M. A., & Dreyer, B. (2009). Literacy and child health: a systematic review. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(2), 131-140.
- Sansom-Daly Ursula M., Lin Merry, Robertson Eden G., Wakefield Claire E., McGill Brittany C., Girgis Afaf, and Cohn Richard J. (2016). *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(2): 106-118. <https://doi.org/10.1089/jayao.2015.0059>
- Sarmiento, P. B., Gutiérrez, M. F., Méndez, M. P., & Piris, M. F. (2015). Propuesta de evaluación de la alfabetización en salud. *Psychologia Latina*, 6, 1-11.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13(1), 948.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.
- Warsh, J., Chari, R., Badaczewski, A., Hossain, J., & Sharif, I. (2014). Can the newest

vital sign be used to assess health literacy in children and adolescents? *Clinical pediatrics*, 53(2), 141-144. <https://doi.org/10.1177/0009922813504025>

Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*, 3 (6): 514-522.

World health organization. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promot Int*. 2017; 32(1), 7-8.



# ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ESTUDIANTES DE LAS LICENCIATURAS DE CIENCIAS, FILOSOFÍA Y LETRAS, MEDICINA, PSICOLOGÍA, QUÍMICA, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Aída Valero Chávez, Marco Antonio Cisneros Franco, Norma Cruz Maldonado, Claudia Ruiz Pérez, Suemy de la Rosa Olivares <sup>1</sup>

## Resumen

Se trata de una investigación exploratoria, transversal, se aplicó la Encuesta Preliminar para la Medición de Alfabetización en Salud. HLS-EU (European Health Literacy Survey) versión en español latinoamericano. HIS-EU (University of Maastricht), consistente en 47 reactivos.

Se exploró la capacidad de los estudiantes para obtener, procesar y comprender los servicios de salud y la información básica sobre la salud, no obstante los resultados encontrados coinciden con otras investigaciones hechas por ejemplo la Universidad de Concepción, en Chile, y en la Universidad de Panamá, que reportan una insuficiente alfabetización en salud (AES) lo que les limita la capacidad de tomar decisiones.

La mayoría de los estudiantes de las facultades de Ciencias, Filosofía y Letras, Medicina, Química y de las escuelas de Enfermería y Trabajo Social tienen un nivel de AES inadecuado (84.75%) mientras que sólo 0.50% tiene una AES excelente. Lo anterior constituye un reto para universidad, particularmente porque debe ser ésta una institución promotora de la salud.

*Palabras clave: alfabetización, salud, universitarios, México.*

## Abstract

It is an exploratory, cross-sectional investigation, the Preliminary Survey for the Measurement of Health Literacy was applied. HLS-EU (European Health Literacy Survey) Latin American Spanish version. HIS-EU (University of Maastricht), consisting of 47 items.

The ability of students to obtain, process and understand health services and basic information on health was explored, however the results found coincide with other research done by, for example, the Universidad de Concepción, in Chile, and the University of Panama that report insufficient literacy in health, which limits their ability to take decisions.

The majority of the students of the faculties of Sciences, Philosophy and Letters, Medicine, Chemistry and of the schools of Nursing and Social Work have an inadequate level of health literacy (84.75%) while only 0.50% have a health literacy excellent. The above is a challenge for university particularly because it should be a health promoting institution.

*Keywords: literacy, health, university, México.*

<sup>1</sup> *Becarios estudiantes de la licenciatura en trabajo social.*

## Descripción del proyecto

Como antecedente de este proyecto de investigación encontramos que a través de invitación formulada al rector José Narro Robles, por el rector de la Universidad de Panamá, Gustavo García de Paredes, para la participación dentro del Consorcio Internacional de Alfabetización en Salud para América Latina y el Caribe, la maestra Leticia Cano Soriano, directora de la Escuela Nacional de Trabajo Social fue designada como representante de la UNAM frente al Consorcio y el apoyo del ingeniero Armando Lodigiani Rodríguez, director general de Cooperación e Internacionalización y como coordinadora de un equipo de académicos conformado por ocho instancias de esta casa de estudios la doctora Aída Valero Chávez.

Se oficializó dentro de la UNAM la integración de los académicos incorporados al proyecto bajo la filosofía de trabajo interdisciplinario quedando integrado por un filólogo, un actuario, un matemático, una psicóloga, una pedagoga, una médica, una ingeniera química farmacobióloga, una enfermera, una maestra en trabajo social y una doctora en educación que fueron designados por los titulares de las escuelas y facultades; por la Facultad de Ciencias el maestro Inocencio Rafael Madrid Ríos, de Filosofía y Letras; la licenciada Josefina Magaña Solís, de Medicina; la doctora Aurora Farfán Márquez, de Psicología; la doctora Lizbeth O. Vega Pérez, de Química; la doctora Perla Castañeda López, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; la maestra Patricia González Ramírez, el maestro Fernando de Jesús Rodríguez Guerra, del Instituto de Investigaciones Filológicas y por la Escuela Nacional de Trabajo Social la maestra Norma Cruz Maldonado y la doctora Aída Valero Chávez.

El proyecto se inserta dentro de la Meta Nacional III, México con educación de calidad, del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, que plantea garantizar un desarrollo integral de todos los mexicanos para así contar con un capital humano preparado que sea fuente de innovación y mayor bienestar de la población entre ellos salud y sociedad, de donde se definen las prioridades a atender como lo son las enfermedades emergentes y de importancia nacional.

## Antecedentes

Por su tamaño y distribución, la alfabetización limitada en salud es un problema significativo para las prácticas y políticas sanitarias en Europa, así como para los distintos países, aunque en una escala menor. Existe una gradiente social notable que no sólo afecta a la salud o a la alfabetización, sino también a la alfabetización en salud (AES). En el caso de determinados grupos vulnerables, la alfabetización limitada en salud afecta a la mayoría de los encuestados, con unos resultados que hacen vislumbrar los retos específicos a los que se enfrentan los servicios de asistencia médica y los profesionales que trabajan en ellos. Por lo tanto, las prácticas y políticas nacionales tendrán que desarrollar estrategias específicas de salud pública y de promoción de la salud que aborden los problemas relacionados con las limitaciones en AES que afectan a las personas y a las instituciones. La AES hace referencia a la capacidad de los individuos para satisfacer las complejas demandas de la salud en la sociedad moderna. A pesar de que su importancia es cada vez más reconocida, todavía no hay un consenso sobre su definición ni sobre sus dimensiones conceptuales, además de que las herramientas disponibles para medirla son muy variadas y diversas. La AES se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre

la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta. En casi todas las facetas de la vida las personas nos enfrentamos a situaciones y decisiones que afectan a nuestra salud. Hoy día tenemos a nuestro alcance más información que nunca para lograr llevar una vida sana, adquirir estilos de vida saludables, adoptar acciones que nos ayuden a prevenir las enfermedades o para involucrarnos activamente en los tratamientos de las enfermedades que padecemos, pero ¿estamos preparados para acceder a esta información, entenderla, procesarla y aplicarla adecuadamente a nuestras circunstancias particulares? Es imprescindible no olvidar un aspecto esencial respecto a la AES, ésta no depende exclusivamente de las capacidades individuales de los ciudadanos, hay que contextualizarla en un escenario concreto, pues resulta de la interacción entre las demandas de los diferentes sistemas de salud y las habilidades de los individuos inmersos en ellos. Según los expertos en salud pública, un individuo con un nivel adecuado de AES tiene las competencias necesarias para gestionar su salud de una forma responsable (Kickbusch, 2008).

En cierto modo se trata de una exigencia cívica, en la medida en que en la actualidad la mayoría de los países desarrollados tiene unos sistemas de salud diseñados para ciudadanos motivados, competentes y responsables; y es, a su vez, una exigencia ética en la medida en que el cuidado de uno mismo, y por consiguiente, el velar por la propia salud es una obligación moral fundamental en una sociedad que consume cada vez más recursos sanitarios en un escenario de limitación de los mismos. Muchos de los trabajos de investigación en el campo de la AES han estudiado cómo ésta influye en la salud de los individuos, los grupos de riesgo más vulnerables y el coste económico que supone una alfabetización en salud pobre. La AES tiene un impacto directo y significativo sobre la salud individual y pública que queda patente especialmente en los colectivos más vulnerables (ancianos, polimedicados, enfermos crónicos) y que se ha relacionado con un entendimiento problemático de información de salud e instrucciones médicas. Todas estas consecuencias conllevan un coste social y económico significativo y han sido señaladas y analizadas por numerosos y diversos estudios científicos, siendo las más relevantes las siguientes: mayor desconocimiento de la enfermedad y de sus síntomas, un uso limitado de los recursos preventivos, detección tardía de la enfermedad, mayores dificultades para establecer un diagnóstico preciso en la medida en que los pacientes con una baja alfabetización no saben informar al médico sobre su estado de salud de una forma correcta, mayor tasa de hospitalización, uso abusivo de los servicios de urgencia, consumo inadecuado de los medicamentos y errores de dosificación.

Por lo anterior, se destaca la necesidad de tener una buena AES lo que se hace patente en aquellos colectivos que presentan procesos crónicos que requieren una asistencia sanitaria continuada donde el papel de paciente como protagonista gestor del autocuidado de su salud resulta fundamental, en la medida en que nos va a garantizar una mayor comprensión de su proceso, un uso racional y una mayor eficacia en el uso de los recursos sanitarios que la sociedad pone a su disposición.

## Acerca de la AES

El término alfabetización en salud (AES), es resultado de la traducción del término *health literacy*; introducido en el la época de los setentas, el cual cada vez va teniendo una mayor importancia, y es motivo de varias investigaciones a nivel internacional.

Dicho término tiene una relación significativa con la salud de los individuos, así como con la de los diferentes grupos que conforman la sociedad y cobra relevancia por el

impacto que tiene implícitamente en las determinantes de la salud. Sin embargo, a pesar de la importancia, no existe una definición única aceptada sobre alfabetización en salud así como de las dimensiones que la constituyen y los instrumentos utilizados para su medición.

El término *alfabetización* en salud fue utilizado por primera vez en 1974 en las actas de una conferencia de educación sanitaria que discutió la educación en salud como una cuestión de política social (Simonds, 1974, citado por Frisch, Camerini, Diviani y Schulz).

A continuación se muestran algunos conceptos plasmados en diferentes documentos:

“...las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (OMS, 1998).

“La capacidad general de una persona de obtener, procesar y comprender los servicios y la información básica sobre la salud a fin de adoptar decisiones en materia sanitaria” (OIM-Instituto estadounidense de medicina, citado por Programa Europeo de Salud Pública).

“La capacidad de una persona de obtener, interpretar y comprender los servicios y la información sanitaria básica con el objetivo de mejorar la salud” (NCC-Consejo de consumidores del Reino Unido, citado por Programa Europeo de Salud Pública).

“La alfabetización en salud es la capacidad de adoptar buenas decisiones en materia de salud en el contexto del día a día; en casa, en la comunidad, en el entorno laboral, en el sistema sanitario, en el mercado de trabajo y en la arena política” (Kickbusch, 2001, citado por Programa Europeo de Salud Pública).

“...es un término compuesto que se utiliza para describir las capacidades de las personas para satisfacer las demandas complejas relacionadas con la salud en la sociedad moderna... representa las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para tener acceso a, entender y utilizar la información de manera que promuevan y mantengan una buena salud” (Nutbeam, citado por Sørensen *et al.*, 2010).

“...el conocimiento declarativo (conocimiento de los hechos relacionados con temas de salud para poder aprender como acercarse a una condición de salud), el conocimiento procedimental (know-how para aplicar los conocimientos de hechos y el uso de la información de salud en contexto específico) y el juicio de habilidades (la capacidad de juzgar basándose en el conocimiento de hechos necesarios para hacer frente a situaciones nuevas)” (Frisch, Camerini, Diviani y Schulz).

Sørensen y sus colegas, en reciente revisión, dio como resultado el desarrollo de un marco conceptual que reconoce algunas categorías generales de los determinantes de la salud de alfabetización (por ejemplo, la sociedad, el medio ambiente, personal y situacional) y las vías generales entre la AES y los resultados a nivel de población; sin embargo no especifica los conceptos que median la relación entre la alfabetización (Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, y Slonska, 2012).

La AES está vinculada a la alfabetización y conlleva la motivación, conocimientos y competencias para acceder, entender, evaluar y aplicar la información de salud con el fin de

hacer juicios y tomas decisiones en la vida cotidiana en relación con la asistencia sanitaria, prevención de enfermedades y promoción de la salud para mantener o mejorar la calidad de la vida a través del curso de la vida (Sørensen *et al.*, 2012).

La AES contempla las habilidades con las que cuentan las personas, desde las capacidades básicas de lectoescritura, hasta aquellas que sean tan complejas y necesarias para el autocuidado o tratamiento de alguna enfermedad.

Otro aspecto importante es que se ha encontrado que el nivel de la educación de un individuo no es suficiente para determinar que éste posea las habilidades necesarias para alcanzar una óptima AES.

La relación entre alfabetización general y la AES es compleja. La alfabetización general tiene impacto en los conocimientos sobre salud, el nivel de salud y el acceso a los servicios sanitarios. A su vez, el nivel de salud está influenciado por factores socioeconómicos. Un ejemplo de estas relaciones complejas podría ser cómo la pobreza y el bajo nivel de alfabetización general se relacionan con peores condiciones de seguridad e higiene en el trabajo. A la hora de relacionar AES con consecuencias clínicas y resultados de salud, se ha de ser cuidadoso con estos múltiples factores de confusión para no llegar a conclusiones falsas, pero también se ha de tratar de no sobreajustar estas variables para no infraestimar la importancia de la AES (Falcon y Basagotti, 2001).

Dichos conceptos han sido empleados en distintas investigaciones, dando origen a que este concepto haya ido evolucionando y, a su vez, dado origen a diferentes modelos y tipos.

Con relación a lo anterior, Pleasant, McKinney y Richard indican que hay una falta de verdaderos marcos teóricos que explican la AES. La teoría debe ser base para el desarrollo de medidas fiables y válidas de AES, lo que permitirá estudiar y comprender mejor el papel de la AES en el cambio de comportamiento de salud. Esta falta de teoría ha provocado que los investigadores definan la AES de muchas maneras diferentes (Peerson y Saunders, 2009).

## Objetivo

Describir el Índice de AES de los estudiantes de las facultades de Ciencias, Filosofía y Letras, Medicina, Psicología, Química, y las escuelas de Enfermería y Obstetricia y Trabajo Social con base a los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario elaborado por el Consorcio Internacional de Alfabetización en Salud para América Latina y el Caribe, en el año 2016.

## Espacio, población y muestra

El espacio donde se desarrolló la investigación fue en las escuelas y facultades del campus de Ciudad Universitaria de la UNAM y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en la Delegación de Tlalpan, CDMX.

La población objetivo a la que se dirigió esta investigación fue una muestra no probabilística de 202 estudiantes de las entidades académicas consideradas dentro del Consorcio de Alfabetización de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Técnicas: Observación, entrevista semiestructurada.

## Metodología

Se trata de una investigación exploratoria, transversal, se aplicó la encuesta preliminar para la medición de AES. HLS-EU (European Health Literacy Survey), versión en español latinoamericano, HIS-EU (University of Maastricht), consistente en 47 reactivos. El instrumento se envió previamente a los académicos de la UNAM participantes en el proyecto con la finalidad de que hicieran una revisión semántica del mismo y adecuaran algunos términos al uso del castellano en México.

## Procedimiento para el cálculo del índice de AES (IAES)

El cálculo del índice de AES se realizó con Excel para lo cual se desarrolló una macro que nos ayuda a realizar los cálculos necesarios. Cabe mencionar que se obtuvo el IAES para cada folio por dimensiones (áreas), niveles de utilización de información y el índice total para el folio o cuestionario en cuestión.

## Consideraciones éticas

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ciencias Sociales, del Programa PAPIIT de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, en el proyecto IN310116 *Alfabetización en salud en la comunidad universitaria. Análisis comparativo ente México y tres países latinoamericanos*, para una propuesta de intervención social<sup>2</sup>.

Los índices resultantes se obtuvieron de una base de datos integrada por 202 registros en los cuales se especifican las respuestas de las 47 preguntas que conforman dicho cuestionario. La captura de las respuestas en la base de datos está bajo la siguiente codificación:

Tabla núm. 1.

Respuesta en el cuestionario	Captura en la BD
Muy difícil	1
Difícil	2
Fácil	3
Muy fácil	4
No sé	5
No contestó	99

Los valores 5 y 99 se declaran como valores perdidos en la base de datos.

## Consideraciones

Los ítems o preguntas del cuestionario aplicado se agrupan de acuerdo con tres dimensiones o áreas de estudio dentro de la AES: cuidado de la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud. Los ítems correspondientes a cada dimensión se

<sup>2</sup> En el archivo *Tabla índice por individuos.xlsx* se explica la forma de utilizar Excel que sirvió de apoyo para la obtención de los resultados.

agrupan de acuerdo con los siguientes niveles de utilización de la información: encontrar, comprender, evaluar o juzgar y aplicar. A continuación se muestra una tabla donde se expresan de manera más gráfica la pertenencia de los ítems tanto por dimensiones como por niveles de utilización de información.

Tabla núm. 2.  
Estructura de las preguntas por dimensiones y niveles de utilización de información

Niveles de utilización de información				
DIMENSIONES (ÁREAS)	Encontrar	Comprender	Evaluar/Juzgar	Aplicar
Cuidado de la salud	1-4	5-8	9-12	13-16
Prevención de enfermedades	17-20	21-23	24-28	29-31
Promoción de la salud	32-36	37-40	41-43	44-47

Para la clasificación del IAES se tomó en cuenta el siguiente criterio:

Tabla núm. 3.  
Clasificación del índice de alfabetización en salud

Índice de alfabetización	Tipo de alfabetización
De 0 a 25	Alfabetización en salud INADECUADA
De 25 a 33	Alfabetización en salud PROBLEMÁTICA
De 33 a 42	Alfabetización en salud SUFICIENTE
De 42 a 50	Alfabetización en salud EXCELENTE

Por cada cuestionario se obtuvo una tabla donde se expresa el promedio de las respuestas dadas a cada ítem que comprenden cada bloque. A continuación se presenta un ejemplo de una tabla con los promedios de los ítems que corresponden a cada bloque para el cuestionario con folio 122:

Tabla núm. 4.  
Promedios crudos para el cuestionario con folio 122

Dimensiones (ÁREAS)	Niveles de utilización de la información				Promedio áreas
	Encontrar	Comprender	Evaluar/ Juzgar	Aplicar	
Cuidado de la salud	1.75	2	2.5	2	2.06
Prevención de enfermedades	2.25	2	2.8	3.33	2.60
Promoción de la salud	3	2.5	4	3.75	3.31
Promedio nivel	2.33	2.17	3.10	3.03	2.66

Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Para tener un índice con escala de 0 a 50 y así poder aplicar el criterio de la tabla 2 para evaluar el nivel de AES se aplicó la siguiente fórmula a cada promedio de cada bloque:

$$IA = (\text{promedio} - 1) * \frac{50}{30}$$

El resultado que se obtiene es una tabla del siguiente tipo donde se evalúa el nivel de alfabetización tanto por niveles de utilización de información como por dimensiones.

Tabla núm. 5.  
Índices y nivel de alfabetización en salud por dimensión y por nivel de utilización de información para el cuestionario con folio 122

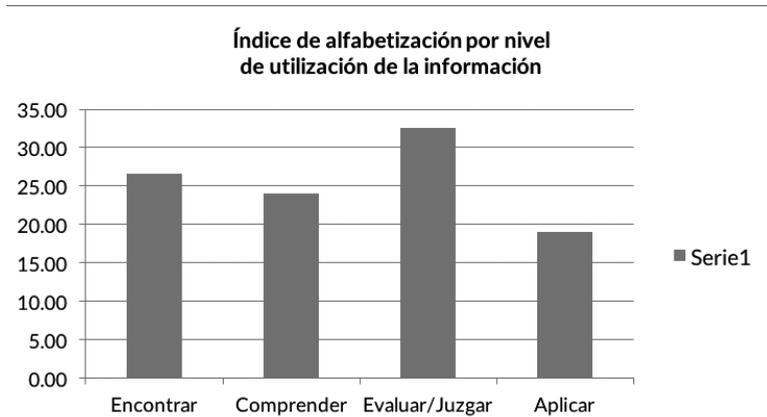
Dimensiones (ÁREAS)	Niveles de utilización de la información				Índice áreas	
	Encontrar	Comprender	Evaluar/ Juzgar	Aplicar		
Cuidado de la salud	12.50	16.67	25.00	16.67	17.71	INADECUADA
Prevención de enfermedades	20.83	16.67	30.00	38.83	26.58	PROBLEMÁTICA
Promoción de la salud	33.33	25.00	50.00	45.83	38.54	SUFICIENTE
Índice nivel	22.22	19.44	35.00	33.78	27.61	
	INADECUADA	INADECUADA	SUFICIENTE	SUFICIENTE		

Para el ejemplo anterior se tiene que el nivel de AES referente al nivel de utilización encontrar es inadecuado pero para el nivel de utilización evaluar/juzgar es suficiente. Para la dimensión cuidado de la salud el nivel de alfabetización resultó inadecuado pero para la dimensión promoción de la Salud resultó ser suficiente.

Para obtener el nivel de AES general para el cuestionario con folio 122 se toma el valor de la celda inferior izquierda de la tabla 4, que en este caso resulta ser de 27.61, lo cual nos indicaría un nivel en la AES problemático para éste folio.

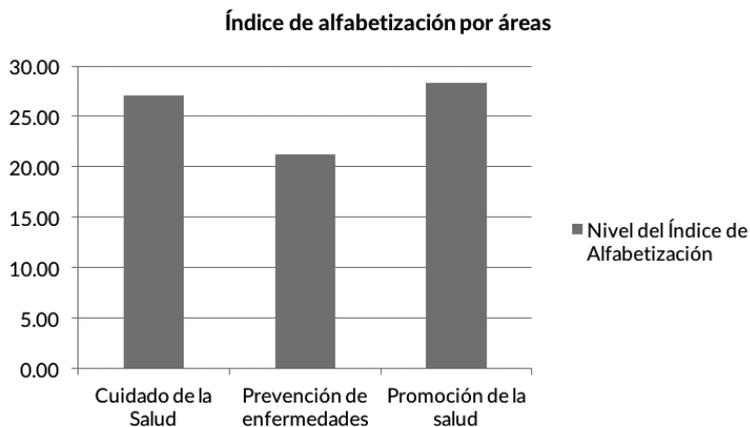
Para cada folio se obtuvieron también las gráficas en las cuales se muestra el nivel de alfabetización obtenido tanto por nivel de utilización de información como por dimensión.

Gráfica núm. 1.



Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Gráfica núm. 2.



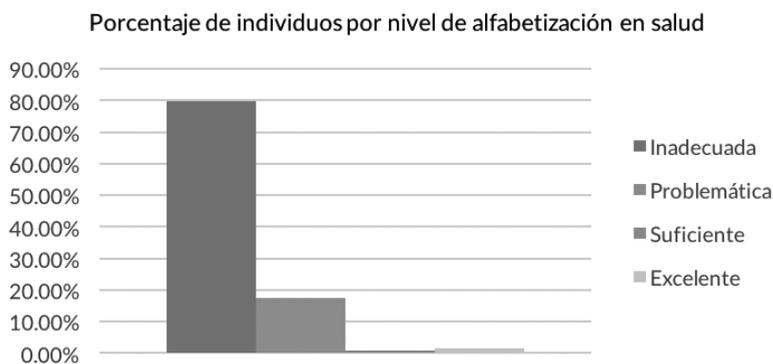
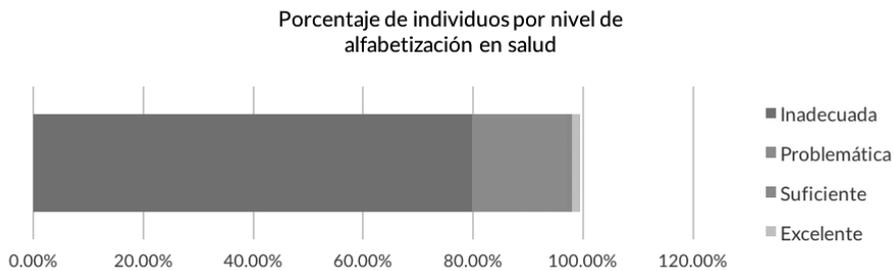
Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Después de obtener la información para evaluar el nivel de AES por cada folio, se realizó un conteo de cuantas personas obtuvieron un nivel de alfabetización inadecuado, problemático, suficiente o excelente. A continuación se muestra una tabla y gráficos con dicha información.

Tabla núm. 6.  
Clasificación de los individuos/folios por nivel de alfabetización en salud

Nivel de alfabetización	Total de individuos por nivel	Porcentaje de individuos por nivel
Inadecuada	161	79.70%
Problemática	35	17.33%
Suficiente	2	0.99%
Excelente	3	1.49%
Sin información	1	0.50%
Total	202	100.00%

Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.



Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Lo anterior nos muestra que la mayoría de los individuos tienen un nivel de AES inadecuado (79.70%), mientras que sólo 1.49% tiene una AES excelente.

Debe tomarse en cuenta que en la obtención de estos resultados se tomaron como valores perdidos el 5 y el 99, lo cual ocasiona que al momento de obtener los promedios, si se pierde algún valor, sólo se toman en cuenta los valores que no se pierden; así, los valores 5 y 99 son discriminados al momento de promediarlos.

Adicionalmente se obtuvo una gráfica de frecuencia la cual nos ayuda a visualizar en qué puntos se está acumulando más el IAES. La información para realizar esta gráfica es la que se encuentra a continuación.

Tabla núm. 7.

Frecuencias en puntaje obtenidas en el cálculo del índice de alfabetización en salud para los 202 cuestionarios

Tipo de alfabetización	Número del intervalo	Intervalos	Frecuencia
Inadecuada	1	[0,1)	2
	2	[1,2)	2
	3	[2,3)	0
	4	[3,4)	0
	5	[4,5)	2
	6	[5,6)	5
	7	[6,7)	3
	8	[7,8)	3
	9	[8,9)	4
	10	[9,10)	11
	11	[10,11)	3
	12	[11,12)	7
	13	[12,13)	5
	14	[13,14)	4
	15	[14,15)	12
	16	[15,16)	8
	17	[16,17)	16
	18	[17,18)	9
	19	[18,19)	8
	20	[19,20)	15
	21	[20,21)	5
	22	[21,22)	10
	23	[22,23)	5
	24	[23,24)	14
	25	[24,25)	8
	26	[25,26)	7

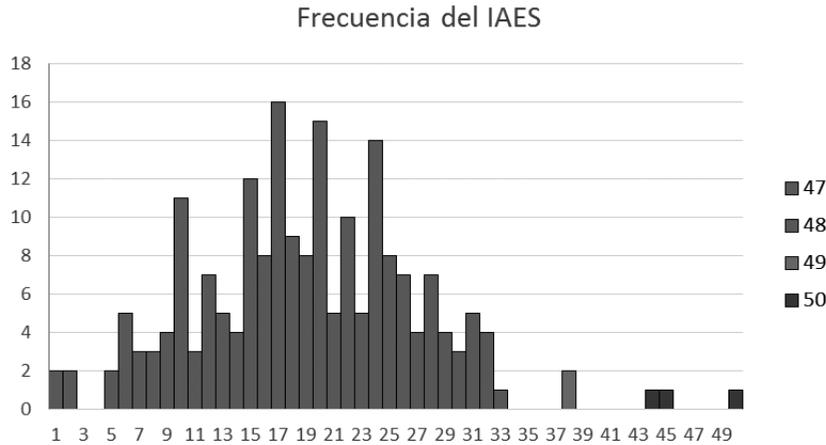
PROMOCIÓN, ALFABETIZACIÓN E INTERVENCIÓN EN SALUD: Experiencias desde la multidisciplinaria

Problemática	27	[26,27)	4
	28	[27,28)	7
	29	[28,29)	4
	30	[29,30)	3
	31	[30,31)	5
	32	[31,32)	4
	33	[32,33)	1
	34	[33,34)	0
Suficiente	35	[34,35)	0
	36	[35,36)	0
	37	[36,37)	0
	38	[37,38)	2
	39	[38,39)	0
	40	[39,40)	0
	41	[40,41)	0
	42	[41,42)	0
	43	[42,43)	0
Excelente	44	[43,44)	1
	45	[44,45)	1
	46	[45,46)	0
	47	[46,47)	0
	48	[47,48)	0
	49	[48,49)	0
	50	[49,∞)	1
		Total	201

Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

La gráfica correspondiente a la información anterior es la siguiente:  
Gráfica núm. 5.

Frecuencias en puntaje obtenidas en el cálculo del índice de alfabetización en salud para los 202 cuestionarios



Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Podemos notar que de los 202 cuestionarios, 16 de ellos (7.92%) obtuvieron un IAES entre 16 y 17 puntos el cual representa una AES insuficiente. También podemos observar que las mayores frecuencias se encuentran en valores bajos mientras que las menores se encuentran para los valores más altos del IAES.

### Comparación de resultados

Como ya se mencionó, los valores 5 y 99 se han declarado como valores perdidos dentro de la base de datos. Lo que a continuación se verá es el efecto que se tiene dentro de los resultados finales al considerar a dichos valores como perdidos.

La base se conforma por las respuestas a 47 ítems de 202 cuestionarios aplicados, es decir, se tienen en total 9494 respuestas de las cuales 235 corresponden a respuestas con el valor de 5 y 87 a respuestas con valor de 99, en porcentaje tendríamos lo siguiente:

Tabla núm. 8.  
Valores perdidos por las respuestas

% valores perdidos	
5	99
2.475%	0.916%
Total de respuestas	9494

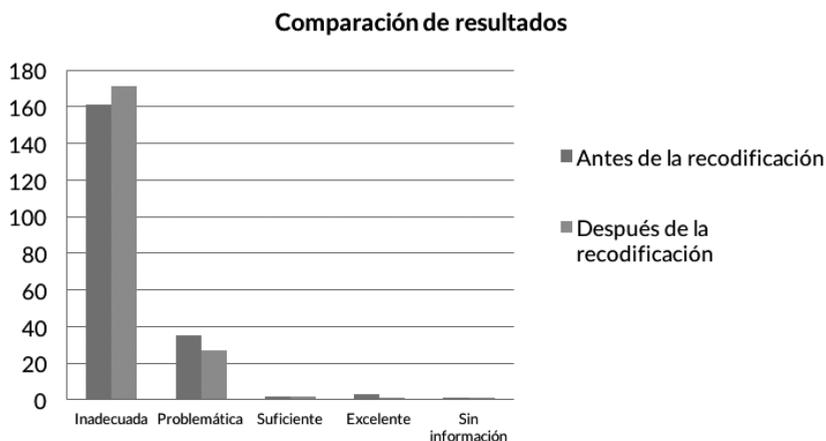
La siguiente tabla muestra el número de cuestionarios que se obtuvieron por cada nivel de alfabetización en ambos casos (es decir, antes y después de la recodificación):

Tabla núm. 9.  
Número de cuestionarios por nivel de alfabetización

Nivel de alfabetización	Total de individuos por nivel tomando 5 y 99 como valores perdidos	Total de individuos por nivel después de la recodificación
Inadecuada	161	171
Problemática	35	27
Suficiente	2	2
Excelente	3	1
Sin información	1	1
Total	202	202

Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Gráfica núm. 6.



Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

En la tabla anterior podemos notar un incremento en el número de individuos con un nivel de alfabetización inadecuada después de la recodificación y una disminución para los niveles problemática y excelente. Lo anterior tiene sentido ya que al momento de realizar la recodificación, si se cuenta con un conjunto de respuestas con los valores 1, 3, 2 y 5, al realizar el promedio tomando en cuenta al 5 como valor perdido el resultado sería  $(1 + 3 + 2) / 3 = 2$ ; ahora bien, después de la recodificación se tendrían los valores 1, 3, 2 y 0, por lo que el promedio sería de  $(1 + 3 + 2 + 0) / 4 = 1.5$ . Por lo anterior, después de la recodificación, más cuestionarios califican en el nivel de alfabetización inadecuada y en los demás niveles descendentes.

Veamos ahora la variación porcentual que se tuvo en cada nivel de alfabetización. En la siguiente tabla se muestra dicha variación:

Tabla núm. 10.  
Variación porcentual por nivel de alfabetización

Nivel de alfabetización	Total de individuos por nivel		Diferencia	Variación en porcentaje
	Antes de la recodificación	Después de la recodificación		
Inadecuada	161	171	10	6.211%
Problemática	35	27	-8	-22.857%
Suficiente	2	2	0	0.000%
Excelente	3	1	-2	-66.667%
Sin información	1	1	0	0.000%
Total	202	202	0	0.000%

Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Podemos ver que para el nivel de alfabetización inadecuada antes de la recodificación 161 cuestionarios calificaron dentro de dicho nivel pero después de la recodificación el número aumentó a 171, es decir, hubo un aumento de 10 cuestionarios lo que representa 6.21% con respecto a los 161 que se tenían originalmente. Para el nivel de alfabetización problemático se tiene una disminución de 22.86% (de los 35 que se tenían disminuyó a 27) y en el nivel de excelente disminuyó 66.67% (de 3 a un cuestionario). En los demás niveles no hubo variación.

La variación obtenida tomando como referencia el total de la muestra (los 202 cuestionarios) se muestra en la siguiente tabla:

Tabla núm. 11.

Nivel de alfabetización	Porcentaje de individuos por nivel		Variación en porcentaje
	Antes de la recodificación	Después de la recodificación	
Inadecuada	79.70%	84.65%	4.95%
Problemática	17.33%	13.37%	-3.96%
Suficiente	0.99%	0.99%	0.00%
Excelente	1.49%	0.50%	-0.99%
Sin información	0.50%	0.50%	0.00%
Total	100.00%	100.00%	0.00%

Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Antes de la recodificación 79.70% de los 202 cuestionarios aplicados calificaron con un nivel de alfabetización inadecuada mientras que, después de la recodificación 84.65% de los 202 cuestionarios cayeron en dicho nivel; lo anterior representa un aumento de 4.95% con respecto a los 202 cuestionarios.

En el nivel de alfabetización problemática hubo una disminución de 3.96% mientras que en el nivel excelente la disminución fue de 0.99%.

Con los resultados anteriores podemos ver que, dependiendo del trato que se le dé a los valores 5 y 99 varían los porcentajes de población que caen en cada nivel de alfabetización.

Los resultados expuestos anteriormente nos sugieren considerar qué papel jugarán los valores perdidos, en especial el valor 5 ya que éste representa una opción válida dentro del cuestionario (la opción "no sé"), es decir, si queremos que se vea reflejado el porcentaje de la población que contestó con un no sé, el valor 5 no debería tomarse como perdido para que no se discrimine al momento de realizar los promedios de los cuales se deriva el IAES ya que de tomarlo como perdido existe la posibilidad de una sobreestimación o subestimación de los resultados.

## Discusión

El objetivo de este apartado es realizar el mismo procedimiento descrito anteriormente para la obtención del IAES pero haciendo una transformación en los datos que se habían declarado como perdidos en la base de datos y así obtener un punto de comparación y ver la variación existente entre ambos resultados.

Recordemos que los valores 5 y 99, correspondientes a las opciones no sé y no contestó, se declararon como valores perdidos en la captura de los datos en el software SPSS lo cual, al momento de realizar promedios, dichos valores no se toman en cuenta y el promedio se realiza con los datos restantes (los que no son valores perdidos).

Se realizó una recodificación en los datos de tal manera que los valores 5 y 99 (valores perdidos) se les asignaron el valor de cero y así poder estimar el peso que tiene la declaración de los valores perdidos en los resultados finales.

Como se mencionó anteriormente, las respuestas en la base de datos se capturaron en la escala del 1 al 4 donde 1 representa a la opción muy difícil y el 4 la opción muy fácil; tomando en cuenta la recodificación de los valores 5 y 99, la nueva codificación en la base de datos queda de la siguiente manera:

Tabla núm. 12.

Respuesta en el cuestionario	Captura en la BD
Muy difícil	1
Difícil	2
Fácil	3
Muy fácil	4
No sé	0
No contestó	0

Los ítems o preguntas del cuestionario aplicado se agruparon de acuerdo con tres dimensiones o áreas de estudio dentro de la AES: cuidado de la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud. Los ítems correspondientes a cada dimensión se agrupan de acuerdo con los siguientes niveles de utilización de la información: encontrar, comprender, evaluar o juzgar y aplicar. A continuación se muestra una tabla donde se expresa de manera más gráfica la pertenencia de los ítems tanto por dimensiones como por niveles de utilización de información.

El cálculo del IAES se realizó con Excel para lo cual se desarrolló una macro que nos ayuda a realizar los cálculos necesarios. Cabe mencionar que se obtuvo el IAES para cada folio por dimensiones (áreas), niveles de utilización de información y el índice total para el folio o cuestionario en cuestión.

Por cada cuestionario se obtuvo una tabla donde se expresa el promedio de las respuestas dadas a cada ítem que comprenden cada bloque. A continuación se presenta un ejemplo de una tabla con los promedios de los ítems que corresponden a cada bloque para el cuestionario con folio 122:

Tabla núm. 13.  
Promedios crudos de los niveles de utilización de la información

Dimensiones (ÁREAS)	Niveles de utilización de la información				Promedio áreas
	Encontrar	Comprender	Evaluar/ Juzgar	Aplicar	
Cuidado de la salud	1.75	2	2.5	2	2.06
Prevención de enfermedades	2.25	2	2.8	3.33	2.60
Promoción de la salud	3	2.5	4	3.75	3.31
Promedio nivel	2.33	2.17	3.10	3.03	2.66

**Ejemplo de tabla con promedios para el cuestionario con folio 122.**

Para tener un índice con escala de 0 a 50 y así poder aplicar el criterio de la tabla 2 para evaluar el nivel de AES se aplicó la siguiente fórmula a cada promedio de cada bloque:

$$IA = (\text{promedio} - 1) * \frac{50}{3}$$

El resultado que se obtiene es una tabla del siguiente tipo donde ya se evalúa el nivel de alfabetización tanto por niveles de utilización de información como por dimensiones.

Tabla núm. 14.  
Índices de alfabetización en salud y nivel de alfabetización en salud por dimensión y por nivel de utilización de información para el cuestionario con folio 122

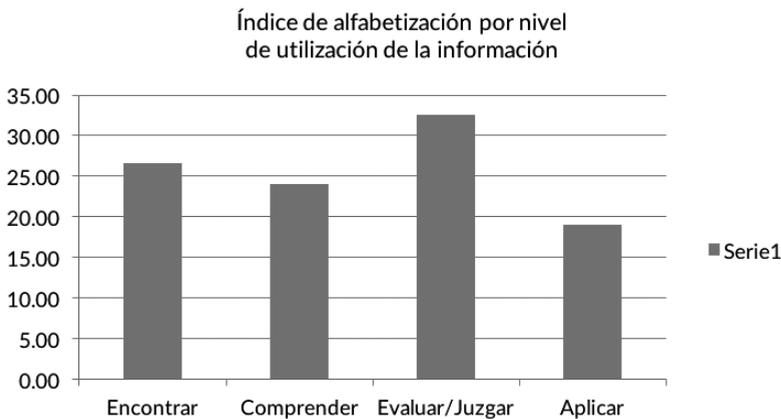
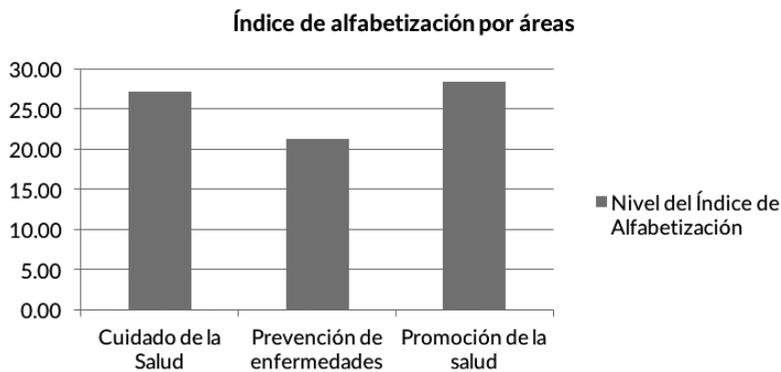
Dimensiones (ÁREAS)	Niveles de utilización de la información				Índice áreas	
	Encontrar	Comprender	Evaluar/ Juzgar	Aplicar		
Cuidado de la salud	12.50	16.67	25.00	16.67	17.71	INADECUADA
Prevención de enfermedades	20.83	16.67	30.00	38.83	26.58	PROBLEMÁTICA
Promoción de la salud	33.33	25.00	50.00	45.83	38.54	SUFICIENTE
Índice nivel	22.22	19.44	35.00	33.78	<b>27.61</b>	
	INADECUADA	INADECUADA	SUFICIENTE	SUFICIENTE		

Para el ejemplo anterior se tiene que el nivel de AES referente al nivel de utilización encontrar es inadecuado pero para el nivel de utilización evaluar/juzgar es suficiente. Para la dimensión cuidado de la salud el nivel de alfabetización resultó inadecuado pero para la dimensión promoción de la salud resultó ser suficiente.

Para obtener el nivel de AES general para el cuestionario con folio 122 se toma el valor de la celda inferior izquierda de la tabla 4, que en este caso resulta ser de 27.61, lo cual nos indicaría un nivel en la AES problemático para este folio.

Para cada folio se obtuvieron también las gráficas en las cuales se muestra el nivel de alfabetización obtenido tanto por nivel de utilización de información como por dimensión.

Gráficas núms. 6 y 7.



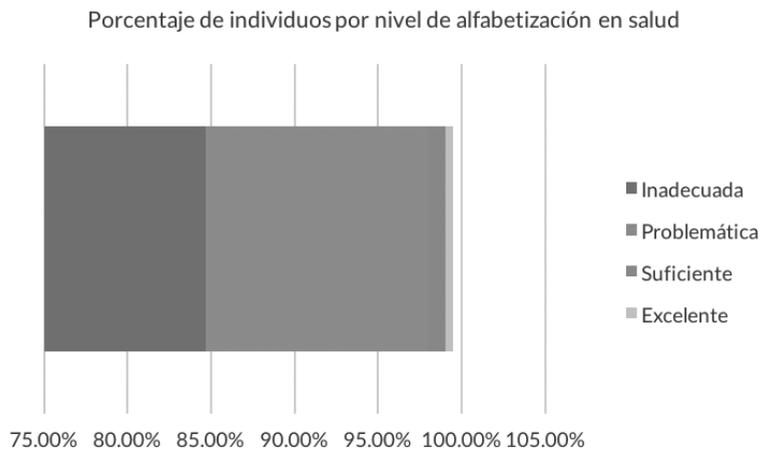
Después de obtener la información para evaluar el nivel de AES por cada folio, se realizó un conteo de cuántas personas obtuvieron un nivel de alfabetización inadecuado, problemático, suficiente o excelente. A continuación se muestra una tabla y gráficos con dicha información.

Tabla núm. 15.  
Clasificación de los individuos/folios por nivel de alfabetización en salud

Nivel de alfabetización	Total de individuos por nivel	Porcentaje de individuos por nivel
Inadecuada	171	84.65%
Problemática	27	13.37%
Suficiente	2	0.99%
Excelente	1	0.50%
Sin información	1	0.50%
Total	202	100.00%

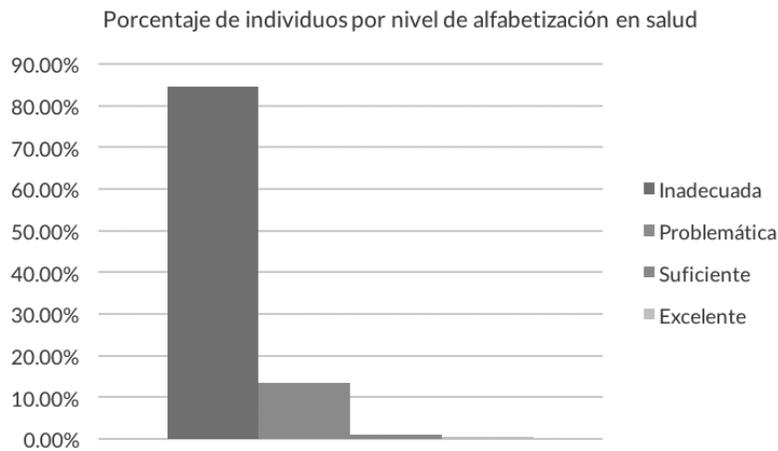
Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Gráfica núm. 8.



Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Gráfica núm. 9.



Lo anterior nos muestra que la mayoría de los individuos tienen un nivel de AES inadecuado (84.75%), mientras que sólo 0.50% tienen una alfabetización en salud excelente. De igual manera, se obtuvo una gráfica de frecuencia la cual nos ayuda a visualizar en qué puntos se está acumulando más el índice de AES. La información para realizar esta gráfica es la siguiente:

Tabla núm. 16.

Frecuencias en puntaje obtenidas en el cálculo del índice de alfabetización en salud para los 202 cuestionarios

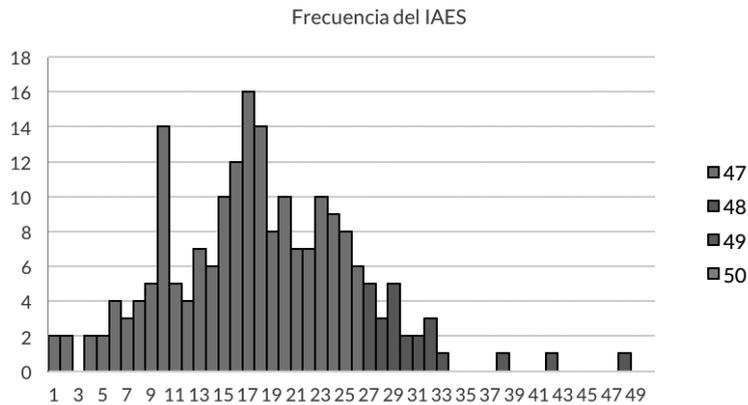
Tipo de alfabetización	Número del intervalo	Intervalos	Frecuencia
Inadecuada	1	[0,1)	2
	2	[1,2)	2
	3	[2,3)	0
	4	[3,4)	2
	5	[4,5)	2
	6	[5,6)	4
	7	[6,7)	3
	8	[7,8)	4
	9	[8,9)	5
	10	[9,10)	14
	11	[10,11)	5
	12	[11,12)	4
	13	[12,13)	7
	14	[13,14)	6
	15	[14,15)	10

Inadecuada	16	[15,16)	12
	17	[16,17)	16
	18	[17,18)	14
	19	[18,19)	8
	20	[19,20)	10
	21	[20,21)	7
	22	[21,22)	7
	23	[22,23)	10
	24	[23,24)	9
	25	[24,25)	8
	26	[25,26)	6
Problemática	27	[26,27)	5
	28	[27,28)	3
	29	[28,29)	5
	30	[29,30)	2
	31	[30,31)	2
	32	[31,32)	3
	33	[32,33)	1
	34	[33,34)	0
Suficiente	35	[34,35)	0
	36	[35,36)	0
	37	[36,37)	0
	38	[37,38)	1
	39	[38,39)	0
	40	[39,40)	0
	41	[40,41)	0
	42	[41,42)	1
	43	[42,43)	0
Excelente	44	[43,44)	0
	45	[44,45)	0
	46	[45,46)	0
	47	[46,47)	0
	48	[47,48)	1
	49	[48,49)	0
	50	[49,∞)	0
		Total	201

Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

La gráfica correspondiente a la información anterior es la siguiente:

Grafica núm. 10.  
Puntajes obtenidos en el cálculo del índice de alfabetización en salud para los 202 cuestionarios



Fuente: estudio de campo a alumnos de la UNAM, 2016-2017.

Podemos notar que de los 202 cuestionarios, 16 de ellos (7.92%) obtuvieron un índice de alfabetización en salud entre 16 y 17 puntos el cual representa una AES insuficiente. También podemos observar que las mayores frecuencias se encuentran en valores bajos mientras que las menores se encuentran para los valores más altos del IAES.

## Conclusiones

La OMS en su glosario de términos de salud pública define la AES como “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud. Se trata de un estrategia muy importante que otorga más poder para aumentar el control de la gente sobre su salud, su habilidad para encontrar información y su capacidad para asumir responsabilidad”, este concepto es relevante si se considera que los jóvenes estudiantes universitarios deberían tener la motivación y la capacidad para cuidar su salud.

La AES contempla las habilidades con las que cuentan las personas, desde las capacidades básicas de lectoescritura, hasta aquellas que sean tan complejas y necesarias para el autocuidado o tratamiento de alguna enfermedad.

Se ha encontrado que el nivel de la educación de un individuo no es suficiente para determinar que éste posea las habilidades necesarias para alcanzar una óptima AES lo que pudimos comprobar a través de este estudio y los realizados en la Universidad de Chile y de Panamá.

En el caso de nuestra investigación se exploró la capacidad de los estudiantes para obtener, procesar y comprender los servicios de salud y la información básica sobre la salud,

no obstante los resultados encontrados coinciden con otras investigaciones hechas, por ejemplo, la Universidad de Concepción, en Chile, y en la Universidad de Panamá que reportan una insuficiente AES lo que les limita la capacidad de tomar decisiones acertadas sobre salud en el día a día en casa, en la comunidad, en el sistema de salud.

El estudio permitió identificar la capacidad de los estudiantes para obtener, interpretar y entender la información básica sobre salud y sus servicios y la competencia para usar dicha información para mejorar la salud, sin embargo, los resultados resultan preocupantes considerando que es muy alto el IAES inadecuado y problemático.

Se tiene que el nivel de AES referente al nivel de utilización encontrar es inadecuado pero para el nivel de utilización evaluar/juzgar es suficiente. Para la dimensión cuidado de la salud el nivel de alfabetización resultó inadecuado pero para la dimensión promoción de la salud resultó ser suficiente.

Lo anterior confirma que la mayoría de los estudiantes de las facultades de Ciencias, Filosofía y Letras, Medicina, Química y de las escuelas de Enfermería y Trabajo Social tienen un nivel de AES inadecuado (84.75%) mientras que sólo 0.50% tiene una AES excelente. Lo anterior constituye un reto para una universidad particularmente porque debe ser ésta una institución promotora de la salud.

La participación de la UNAM en el Consorcio Internacional de Alfabetización en Salud para América Latina y el Caribe, respaldado por la UNESCO e integrado en su mayoría por universidades latinoamericanas, se ha orientado a alcanzar los cinco objetivos que se ha planteado: contar con un instrumento adecuado que permita medir la AES; cuantificar por vez primera en la región los datos de AES y ofrecer indicadores para una vigilancia; realizar una evaluación comparativa en los distintos países; crear órganos consultivos nacionales en los países que intervienen en el estudio y por último promover investigación especializada.

## Bibliografía

- Aragao, W. (s.f.). Espacio médico-terapéutico, de estudio e investigación, obtenido de *Salutogenesis*: [http://www.salutogenesis.com.ar/que\\_es\\_salutogenesis.html](http://www.salutogenesis.com.ar/que_es_salutogenesis.html)
- Cisneros, S. (2009). *Alfabetización informacional en salud*. Lima.
- Falcon, M. y. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización. *Comunicación y Salud*, 2(2).
- Frisch, A., Camerini, L., Diviani, N., & Schulz, P. (s. f.). *La definición y la medición de la alfabetización de la salud ¿Cómo podemos sacar provecho de otros dominios de la alfabetización?* Switerland: Universia della Svizzera.
- Gomez L. (s. f.). *Salutogénesis, ¿Qué es lo que mantiene al ser humano sano? Reto para la promoción de la salud*, Colombia, obtenido de <http://apoyoemocional.univalle.edu.co/salutogenesis.pdf>
- Lee S Y, A. A. (2004). Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Health literacy*, vol. 89, núm. 3 337 22.
- Nakamoto K., P. J. (2011). *Educación de la salud y empoderamiento: el papel de la interacción social*.
- Nielsen-Bohlman, L. A. (2004). *La alfabetización en salud: una receta para poner fin a la confusión*. National Academies Press.

- Ramio Pérez, G. A. (2015). Validation of the Health Literacy Scale (eHEALS) in Spanish University Students. *Revista Española de Salud Pública*, 89(3), 329-338.
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). *La alfabetización en salud revisites: ¿Qué queremos decir y por qué es importante? Promoción de la salud internacional*.
- Programa Europeo de Salud Pública. (s. f.). *Encuesta Europea de Alfabetización en Salud*.
- Salud, S. D. (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015*. México.
- Sørensen, V. D. (2012). La alfabetización en salud y la salud pública: una revisión e integración de las definiciones y modelos sistemática, *BMC Public Health*, 12 (1): 80.
- Sørensen, K., Van den Broucke, s., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonska, Z. (2012). La alfabetización en la salud y en la salud pública: una revisión e integración de las definiciones y modelos sistemática. *BMC Public Health*.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ...Brand, H. (s. f.). *Medición de la alfabetización en salud en las poblaciones: iluminar el proceso de diseño y desarrollo de la educación de la salud cuestionario europeo (HLS-EU-Q)*.
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., & Boudewyns, V. (2012). *El marco de competencias salud alfabetización*.



## II. INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD



# LA PROMOCIÓN SOCIAL COMO UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN SOCIAL PARA LA SALUD: EL CASO DE LA FORMACIÓN DE PROMOTORAS COMUNITARIAS CONTRA EL CÁNCER DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER (AMLCC)

Norma Cruz Maldonado, Araceli Carreto Ortiz

## Resumen

En nuestro país el cáncer es la tercera causa de muerte y se estima que cada año se detectan poco más de 120 000 casos nuevos (Salud, 2015.) El cáncer que más decesos genera en la población femenina es el de mama. Esta enfermedad se considera un problema de salud no sólo por su incidencia en la mortalidad, sino por los altos costos del tratamiento, el gasto de bolsillo y el impacto psicosocial que tiene en las mujeres y sus familias.

Indudablemente, el gobierno ha implementado diversas políticas públicas en apoyo a la población afectada por el cáncer de mama, como su cobertura a través del Seguro Popular. No obstante, ésta es limitada al no contemplar los elementos derivados del proceso enfermedad-recuperación, como lo son: prótesis externas, pelucas, brasieres y mangas para linfedemas, entre otros.

Por lo anterior, la Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer A. C. (AMLCC) realiza acciones para la detección oportuna del cáncer de mama a través de la implementación del proyecto *Formación de promotoras comunitarias contra el cáncer*, el cual implementa un conjunto de acciones encaminadas a generar una cultura del autocuidado y la práctica de estudios clínicos que permiten la detección temprana, todas éstas enmarcadas en la promoción de la salud. Se ha privilegiado su implementación en comunidades de alta y muy alta marginalidad de las delegaciones Iztapalapa, Tláhuac, Gustavo A. Madero, Tlalpan y en los municipios de Ixtapaluca y Valle de Chalco.

El impacto cuantitativo y cualitativo de esta intervención es indudable. Sin embargo, es necesario realizar estudios a profundidad sobre el impacto que tienen las acciones de las organizaciones de la sociedad civil en materia de salud. No podemos seguir negando la trascendencia que sus acciones tienen en los procesos de detección y tratamiento de diversas enfermedades.

## Introducción

Mucho se ha escrito en cuanto a las funciones y actividades que realiza trabajo social en las diferentes dependencias del Sistema Nacional de Salud, pero poco se conoce de las acciones que se realizan fuera de estos organismos gubernamentales a favor de la salud de los mexicanos. La academia de trabajo social poco se ha inmiscuido en el estudio de las organizaciones de la sociedad civil y en menor medida a recuperar la experiencia profesional y laboral de trabajadores sociales que colaboran en éstas.

La *Formación de promotoras comunitarias contra el cáncer* es una estrategia de intervención social que forma parte de las acciones prioritarias que realiza la Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer. El presente capítulo describe la experiencia profesional de trabajadoras sociales y el equipo multidisciplinario en el desarrollo de

este proyecto y el impacto que han tenido en los últimos tres años. Pero la verdadera intencionalidad es colocar en el centro de la discusión la trascendencia de los organismos de la sociedad civil en los procesos de prevención-detección-tratamiento de las enfermedades, así como develar funciones y actividades de trabajadores sociales del área de la salud que se encuentran en este tipo de organizaciones.

### **Cáncer: el asesino silencioso**

El término *cáncer* hace referencia a un conjunto de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo, y se caracteriza por ser “un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen” (Instituto Nacional del Cáncer). La diversidad de manifestaciones de este padecimiento se ha clasificado en tres subtipos:

- Los sarcomas: proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.
- Los carcinomas: proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. En este subtipo se encuentran algunos de los cánceres más frecuentes.
- Las leucemias y los linfomas: incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras (Instituto Nacional del Cáncer).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los tumores malignos de pulmón, próstata, colorrectal, estómago e hígado son más frecuentes en los hombres; y en las mujeres son los de mama, colorrectal, pulmón, cuello del útero y estómago (OMS, 2017).

En el caso de nuestro país, el cáncer es la tercera causa de muerte y se estima que cada año se detectan poco más de 120 000 casos nuevos, es decir, en promedio se detectan 333 nuevos casos al día. Los tipos de cáncer que más decesos generan en la población mexicana son: el de mama, el cervicouterino y de hígado en las mujeres; mientras para los hombres el de próstata, pulmón y estómago. (cfr. tabla 1).

Tabla núm. 1.  
Diez principales cánceres como causa de muerte por sexo, 2013

Posición	Hombres		Mujeres	
	Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes
1	Cáncer de próstata	5 770	Cáncer de mama	5 338
2	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	4 074	Cáncer cérvico-uterino	3 694
3	Cáncer de estómago	2 856	Cáncer de hígado	3 029
4	Cáncer de hígado	2 736	Cáncer de estómago	2 510
5	Leucemias	2 146	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	2 360
6	Cáncer de colon	2 081	Cáncer de páncreas	2 026
7	Cáncer de riñón y vías urinarias	1 862	Cáncer de ovario	2 023
8	Cáncer de páncreas	1 701	Cáncer de colon	1 942
9	Linfoma no Hodgkin	1 226	Leucemias	1 854
10	Cáncer de encéfalo	1 114	Cáncer de vesícula biliar	1 090

Fuente: Secretaría de Salud. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. México.

El cáncer en México ha cobrado importancia como problema de salud pública, no sólo por su incidencia en la mortalidad que ocasiona en hombres y mujeres o por los altos costos del tratamiento, sino por el gasto de bolsillo y el impacto psicosocial que tiene en los enfermos y sus familias. Lamentablemente, cada día aumentan los casos con diagnósticos en fases terminales; a pesar de que la mayoría de los tipos de cáncer pueden ser curables cuando son detectados en etapas tempranas.

La deuda pendiente del gobierno es generar las condiciones de infraestructura que permitirían a la población acceder a los servicios para la detección oportuna. Por ejemplo, para la detección oportuna de cáncer de mama, en el año 2000 el país contaba aproximadamente con 650 unidades mastográficas (Brandan y Villaseñor, 2006), y 16 años después, el INEGI indica que existen 689 mastógrafos en instituciones públicas de salud. No obstante, la distribución de éstos no está en función del número de mujeres por estado; la Ciudad de México cuenta con 126, seguida de Jalisco y el Estado de México con 55 y 44 respectivamente, mientras que Morelos y Nayarit sólo cuentan con tres cada uno.

A pesar de los esfuerzos realizados, los índices de mortalidad y morbilidad por alguna variante de cáncer aumentan día a día. En este sentido, los recursos generados para el apoyo de pacientes en riesgo de abandono de tratamiento resultan insuficientes ante la creciente demanda, ya que cuando se presenta un caso de cáncer, además del paciente,

el entorno familiar también se ve afectado. Esta situación se agudiza entre la población de escasos recursos que no puede solventar los gastos generados por la enfermedad. Aún existen diferentes factores que limitan la detección oportuna, tales como: falta de información y de recursos económicos, tabúes, idiosincrasia, información distorsionada; ante estas barreras el panorama se complica en comunidades con acceso limitado o nulo a servicios de salud, en donde predominan las carencias y falta de oportunidades de todo tipo.

Ante esta situación, las acciones gubernamentales y sociales se han centrado en el autocuidado, la reducción de factores de riesgo y la aplicación de estudios clínicos que permiten la detección temprana, todas éstas enmarcadas en la promoción de la salud.

Formación de promotoras comunitarias contra el cáncer: la experiencia de la Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer

Los servicios de salud de nuestro país se encuentran organizados en el Sistema Nacional de Salud, el cual se integra por dos subsistemas: el privado y el público. El primero de éstos presta sus servicios a la población con capacidad de pago y tiene financiamiento privado, mientras que el subsistema público brinda servicios de salud a toda la población de nuestro país, y sus recursos son principalmente gubernamentales. Desafortunadamente, el subsistema público ofrece atención diferenciada a sus usuarios a partir de su condición laboral.

**Población derechohabiente.** Es el grupo de la población integrado por los trabajadores asalariados y sus familias, son beneficiarios de los servicios de salud de alguna de las siguientes instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa, Secretaría de Marina.

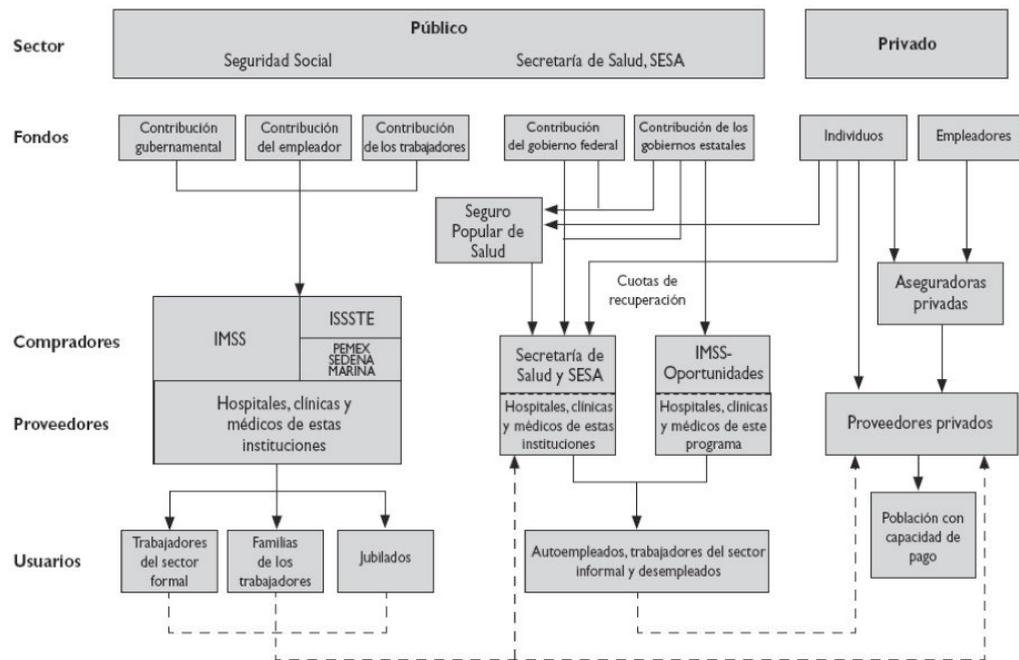
**Población no derechohabiente.** Es la población que no se encuentra registrada o afiliada en alguna institución pública o privada de salud, concentra a la población del sector informal, desempleados, autoempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias. Reciben los servicios de salud a través de la Secretaría de Salud (SS), servicios de salud estatales o el Seguro Popular (cfr. figura 1).

Si bien el Sistema Nacional de Salud cuenta con una amplia infraestructura de salud en todo el país, no ha sido suficiente para brindar los servicios de salud a la población, por ello en los últimos años el papel de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en materia de salud ha sido estratégico para otorgar servicios especializados ante la creciente demanda.

Incluso, la figura 1 es indicativa de que no se considera el papel que juegan las OSC durante el proceso salud-enfermedad-atención. No obstante, existen diversas OSC que son reconocidas por el modelo de intervención sociomédica que emplean y por la alta especialización de los servicios que prestan.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol), 6 264 organizaciones brindan servicios para la atención a grupos sociales con discapacidad; 7 285 realizan actividades de promoción y otorgan servicios para la atención de la salud y cuestiones sanitarias (Indesol, 2016). La Secretaría de Salud en 2015 destinó 640 097 463 para el fomento de las actividades de las OSC en materia de salud, y 6.1% del PIB total de las organizaciones sin fines de lucro en 2013 se asignó a actividades en salud (INEGI, 2015, Indesol, 2016).

Figura núm. 2.  
Organización del Sistema Nacional de Salud



Fuente: Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53, s220-s232.

## Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer

Una de las OSC que se ha consagrado en este ámbito es la Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer (AMLCC). En sus 45 años de labor ininterrumpida, ha orientado sus acciones a “combatir el cáncer mediante la educación, la detección oportuna, el apoyo a pacientes, así como influir en políticas públicas para disminuir su impacto en la población mexicana”. En ese lapso, la AMLCC ha beneficiado a pacientes con cáncer, a sus familiares y población en general a través de alianzas, campañas, proyectos y eventos con el apoyo de empresas, fundaciones, organismos y particulares. Estas acciones han coadyuvado a la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad por cáncer entre la población mexicana, procurando la formación de redes con las demás organizaciones civiles que trabajan en este rubro. Actualmente, esta asociación cuenta con diversos programas para promover la concientización y el diagnóstico oportuno de diversos tipos de cáncer, apoyando programas educativos para disminuir factores de riesgo, detección temprana y atención de la enfermedad para la población en general; así como de actualización para los profesionales de la salud que se dedican a atender este padecimiento.

Cabe destacar que es miembro fundador de la Red Contra el Cáncer, organismo que desde hace 17 años agrupa a más de 30 organizaciones que implementan diversas estrategias para la prevención, detección oportuna, atención y control del cáncer.

## El proceso de la intervención social

Una de sus estrategias más importantes es *Promoción para la salud: herramienta para la detección oportuna de cáncer en comunidades marginadas*, ésta tiene como objetivo, contribuir a la detección oportuna de casos de cáncer mediante un proceso integral de intervención comunitaria, dirigido a mujeres habitantes de comunidades marginadas a fin de disminuir el gasto catastrófico y de bolsillo causado por la enfermedad en las familias.

Las acciones que integran este proyecto, parten del supuesto de que la información es una herramienta de empoderamiento que permite sensibilizar a las personas para que acudan a realizarse los estudios básicos de detección, así como la promoción de estilos de vida saludables para disminuir algunos factores de riesgo de ciertos tipos de cáncer, y de esta manera fomentar una cultura de autocuidado de la salud.

Se consideró la participación de líderes mujeres ya que son quienes presentan mayor interés y disponibilidad para participar en un proceso de esta naturaleza; cabe señalar que inicialmente se invitó también a hombres y hubo escasa participación.

Parte fundamental del proyecto es la participación de líderes comunitarias, que son quienes conocen la dinámica de las comunidades, así como las necesidades reales. Además, son el vínculo entre la comunidad y la AMLCC, ya que derivado de experiencias con autoridades locales, municipales, federales, y partidos políticos la población manifiesta falta de credibilidad y apatía por nuevas propuestas de intervención para la mejora de sus comunidades.

Este modelo de intervención comunitaria comprende cinco fases:

*Información:* se realizan pláticas informativas a población abierta, en éstas se brinda información sobre los factores de riesgo, sintomatología y formas de detección temprana de los diferentes tipos de cáncer. Las actividades se realizan en espacios facilitados por la comunidad con las gestiones correspondientes por parte de la AMLCC.

*Capacitación:* a través de un taller, se capacita a las mujeres sobre los factores de riesgo, sintomatología y formas de detección temprana de los seis tipos de cáncer con mayor incidencia entre la población mexicana. Se hace énfasis en el cáncer de mama, ya que a pesar de todos los esfuerzos que se realizan para que las mujeres efectúen prácticas preventivas, éste sigue siendo el tipo de cáncer que produce el mayor número de muertes entre las mujeres mexicanas. En las etapas I y II se enfatiza la importancia de practicar periódicamente los estudios que permiten la detección oportuna del cáncer de mama y cervicouterino, con la finalidad de disminuir las barreras socioculturales que evitan que las mujeres incorporen estas prácticas como parte del cuidado de su salud. Gracias al trabajo constante de

las promotoras, la capacitación se realiza en espacios facilitados por la población, ya sea sus viviendas o bien locales adaptados. Mediante el trabajo conjunto con promotoras comunitarias, médicos especialistas e instituciones de salud se busca contribuir en la generación de una cultura de autocuidado a partir de la generación y reforzamiento de hábitos que contribuyan a la disminución de factores de riesgo y detección temprana de cáncer.

*Detección oportuna:* se llevan a cabo jornadas comunitarias de salud en las que se realizan estudios de ultrasonido de mama y complementarios de mastografía; así como estudios para la detección temprana de cáncer cervicouterino. El equipo que practica los estudios cuenta con las especialidades y equipo médico necesario para la detección oportuna del cáncer de mama o cervicouterino, éste se integra por: médicos ginecólogos, médicos colposcopistas, médicos radiólogos y mastólogos. Los resultados se entregan en el domicilio de la líder comunitaria o en el espacio que las mujeres promotoras determinaron durante su capacitación. En el caso de los estudios positivos a cáncer de mama o cervicouterino, el resultado es comunicado por la trabajadora social, ya que ésta indica las opciones de apoyo que dará la AMLCC a la mujer.

*Atención individualizada:* cuando se identifica que una mujer tiene un posible diagnóstico de cáncer, se inicia un proceso de atención individualizada acorde con las condiciones socioeconómicas que ésta presenta: en caso de ser derechohabiente a servicios de seguridad social, se le indica el procedimiento a seguir en su unidad médica para que le sea practicada una biopsia para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer. La promotora comunitaria tiene un papel relevante con estos casos, pues es a través de ella que la AMLCC da seguimiento a estas mujeres. En caso de no ser derechohabiente a servicios de seguridad social, se le orienta sobre el proceso de afiliación al Seguro Popular, para que éste cubra los gastos derivados de esta enfermedad. Además, se le canaliza al Instituto Nacional de Cancerología, Hospital General, Hospital de la Mujer, o al Centro Oncológico Internacional a efecto de que se realice a la brevedad posible la biopsia para descartar o confirmar el diagnóstico de cáncer. Si no es posible realizar la biopsia en alguno de los centros mencionados, la AMLCC cubre el costo y envía a la mujer con alguno de los médicos de apoyo que participan en las jornadas de detección y que cuentan con el equipo necesario y el apoyo de laboratorio para tal fin. En caso de que las mujeres o sus familiares requieran de apoyo psicológico, se les canaliza a otras OSC que son especialistas en este tipo asistencia, como lo es: Toca Compartir es Vivir A. C. o Salavati A. C.

*Apoyos postratamiento:* Una de las labores más importante de la AMLCC es el apoyo post tratamiento que brinda a las mujeres, éste consiste en la entrega de artículos complementarios al tratamiento indicado por el médico, como pueden ser prótesis externas, pelucas, brasieres y mangas para linfedemas.

Figura núm. 3.  
Modelo de intervención social



### Promoción para la salud: Herramienta para la detección oportuna de cáncer en comunidades marginadas

*Fuente: Araceli Carreto Ortiz, 2017.*

#### Experiencia de la intervención

La AMLCC ha privilegiado la intervención comunitaria en zonas marginadas, por ello ha focalizado sus acciones en nueve localidades ubicadas en la Ciudad de México y del Estado de México, específicamente en las delegaciones Iztapalapa, Tláhuac, Gustavo A. Madero, Tlalpan y en los municipios de Ixtapaluca y Valle de Chalco. Estas comunidades son consideradas como zonas prioritarias de atención social por la Sedesol: los servicios de drenaje y pavimentación son deficientes, no cuentan con centros de atención primaria a la salud; y sus condiciones de vivienda son precarias.

Las familias se caracterizan por ser de bajos recursos económicos, en la mayoría de los casos el jefe de familia tiene como ocupación económica algún oficio (albañil, plomero, chofer, entre otros); mientras que las mujeres se dedican principalmente al cuidado del hogar y de manera paralela realizan alguna actividad económica informal que les permite contribuir al gasto familiar (venta de comida o de artículos por catálogo). Así, la falta de recursos económicos, la lejanía de sus centros de salud y la escasa cultura de la prevención son factores que propician el deterioro de las condiciones de salud de las mujeres y constituyen un obstáculo para la detección oportuna de un diagnóstico de cáncer.

Figura núm. 4.  
Formación de promotoras comunitarias contra el cáncer:  
síntesis de resultados



Fuente: Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer

Estas acciones han contribuido a la generación de una cultura de autocuidado, ya que año con año esperan las pláticas informativas y los estudios de detección oportuna de cáncer de mama y cervicouterino, pues son los estudios que pueden realizarse en sus comunidades. Las usuarias consideran estos espacios como una oportunidad de acceder a información, orientación y atención médica de calidad.

La labor está coordinada por un grupo de promotoras comunitarias que han sido capacitadas por la AMLCC, y cuentan con la información para orientar y apoyar a las mujeres de la comunidad. Son 17 coordinadoras y 36 promotoras comunitarias contra el cáncer, a las que se suman 53 promotoras capacitadas para informar y orientar acerca de la importancia de la autoexploración mamaria, factores de riesgo, sintomatología y formas de detección temprana del cáncer de mama. Actualmente se está capacitando a la tercera generación formada por 40 personas distribuidas en dos comunidades: una en Iztapalapa y la otra en Valle de Chalco.

Este modelo de intervención es el más ambicioso dentro de la gama de acciones que realiza la AMLCC. A través de éste se han establecido las bases de una cultura de la detección oportuna de cáncer de mama y cervicouterino en comunidades marginadas. Si bien es cierto que las instituciones gubernamentales han desplegado numerosas campañas para la atención oportuna de estos tipos de cáncer, las mujeres aún encuentran diversos obstáculos en el proceso de atención para la realización de los estudios de detección y para los tratamientos.

## Reflexión final

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta no sólo a la persona que lo padece, sino también a su entorno. En ese sentido, se deben realizar acciones que promuevan estilos de vida saludables así como la cultura del autocuidado para la detección oportuna. La importancia de esta estrategia de intervención social reside en sensibilizar a las mujeres sobre el cuidado de su salud y acercar los servicios de salud que les son negados. En la medida en que se promuevan estas acciones se contribuirá a disminuir la proliferación de casos de cáncer en México y, por ende, la mortalidad por esta causa. Actualmente el cáncer de mama está cubierto por el Fondo de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, pero no cubre apoyos complementarios necesarios para una atención integral. Si bien a la mujer se le atiende médicamente, existe un aspecto que no se considera, que es la parte emocional, en donde mujeres que han padecido cáncer de mama tienen secuelas que repercuten en su autoestima por la pérdida de una o ambas mamas, la caída de cabello o bien por el dolor e inflamación del brazo correspondiente al lado de la mama mastectomizada.

La importancia de una detección temprana radica en el ahorro de recursos destinados a procedimientos y tratamientos costosos, lo cual tiene repercusiones en los ámbitos personal, familiar y social.

Si bien el contexto actual obliga a que las estrategias de la promoción para la salud sean novedosas e integren a las tecnologías de la información y la comunicación, debemos de considerar que en nuestro país sólo 57.4% de la población mayor de seis años es usuaria de internet, de ahí la importancia de proyectos que reivindiquen la promoción de la salud al interior de las comunidades marginadas (INEGI, 2016).

Es necesario realizar estudios a profundidad sobre el impacto que tienen las acciones de las OSC en materia de salud. No podemos seguir negando la trascendencia que sus acciones tienen en los procesos de detección y tratamiento de diversas enfermedades. Los apoyos generados por la AMLCC se extienden a las instituciones de salud a través de la donación de equipo, y en la incidencia e impulso de políticas públicas en beneficio de las personas que padecen algún tipo de cáncer; ejemplo de ello es la inclusión de diferentes tipos de cáncer dentro del Fondo de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, así como campañas permanentes para evitar el recorte presupuestal al rubro de salud.

## Referencias

- Brandan M. E., Villaseñor Y. (2006). Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 2006, 1: 147-162.
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53, s220-s232.
- Indesol (2016). *Informe de labores*. México.
- INEGI (2015). *Cuenta satélite de las instituciones sin fines de lucro*. México.
- (2016). *Estadísticas a propósito del día mundial de internet*. Disponible en línea [[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/internet2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/internet2016_0.pdf)] Recuperado: 8 de diciembre de 2017.
- Instituto Nacional del Cáncer. *Manual de enfermería oncológica*. Argenti-

na. Disponible en línea [[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria\\_08-03.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf)] Recuperado: 21 de septiembre de 2017.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Cáncer. Nota descriptiva*, febrero, 2017. Disponible en línea [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>] Recuperado: 2 de diciembre de 2017.

Secretaría de Salud (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015*. México



## PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL: UNA NECESIDAD ANTE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESORADO UNIVERSITARIO

Guillermo Martínez Cuevas, Joanne Melissa Keller Ascencio

### Resumen

El trabajo académico ha sido señalado como un factor de riesgo porque puede producir ansiedad, depresión y síndrome de *burnout*; a pesar de ello, la cantidad de investigaciones en profesores universitarios es reducida si se le compara con las realizadas en profesores de nivel básico y medio superior. La evidencia existente muestra que los factores a los que se asocian los síntomas de ansiedad, depresión y *burnout* son la burocracia, la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos, tener estudiantes difíciles o la mala relación con compañeros de trabajo. Se requiere hacer promoción sobre este tema y generar información sobre las condiciones de trabajo que favorezcan el cuidado de la salud mental, así como educación para la salud que desarrolle habilidades en las personas para cuidar de sí mismas. Es importante destacar la necesidad de que los profesores incrementen sus capacidades para regular las emociones generadas durante el proceso enseñanza-aprendizaje y de que se capaciten en el manejo de grupos y de la disciplina en el aula. Existen esfuerzos para fomentar la salud en la universidad, realizados desde hace más de 20 años por Iniciativa Global de Universidades Promotoras de Salud (UPS) auspiciada por Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

*Palabras clave: Ansiedad, depresión, burnout, profesores universitarios, salud mental.*

### Abstract

Working as a teacher has been identified as a risk factor for anxiety, depression and burnout syndrome. University teachers are also exposed to it, however the amount of research about them is much lower when we compared it with those made in teachers of elementary, middle and high school level. The existing evidence indicates that the factors associated with this symptomatology refers to the bureaucracy, work overload, lack of resources, handling difficult students or bad relationship with co-workers. It is required to make health promotion to create conditions that lead to mental health care, as well as health education, to develop skills in people to care for themselves. It is important to point out the need for teachers to increase their capacity to regulate emotions generated of the teaching-learning process, as well as training in the management of groups and of discipline in general. For more than twenty years, there have been numerous efforts such as the Global Initiative of Health Promoting Universities (HPU) sponsored by the World Health Organization and the Pan American Health Organization. (PaHO).

*Keywords: Anxiety, depression, burnout, university professors, mental health, mental health promotion.*

### Introducción

En el imaginario colectivo el buen maestro se enfrenta exitosamente a toda clase de adversidades, ama a sus estudiantes, enseña, motiva y acompaña. En contraste con la belleza de esta idea, es poco frecuente referirse a las consecuencias negativas que

el ejercicio de la docencia puede tener en la salud mental e incluso pareciera que los propios profesores no reconocen la existencia de tales consecuencias o bien las minimizan. Para mejorar la calidad de vida del profesorado es importante darse cuenta de los riesgos potenciales que tiene la profesión, discutirlos abiertamente y tomar las medidas preventivas o curativas necesarias.

Las contrariedades que presenta la docencia se han mencionado desde hace cientos de años. Un ejemplo de ello es lo relatado por Juvenal, en el siglo I, sobre la educación en la antigua Roma: “uno a uno van levantándose (los chiquillos), y cada uno repite literalmente lo que acaba de leer atentamente en su sitio, recitando exactamente las mismas cosas en los mismísimos versos. Servido uno y otra vez, masticado y vuelto a masticar, este refrito es la muerte del desgraciado maestro” (Bowen, 2001, p. 294).

En la actualidad, los profesores de bachilleratos públicos y privados, presentan condiciones adversas en el trabajo —que muy bien pueden compartir docentes de otros niveles— como: jornadas de trabajo extraescolar necesarias para preparar clases y materiales de apoyo, perfeccionamiento de los conocimientos; bajos salarios que obligan a buscar más horas de trabajo, presión excesiva de trabajo y falta de tiempo para realizarlo, inestabilidad laboral y órdenes confusas por parte del personal directivo o administrativo, lo que produce incertidumbre o temor a un llamado de atención (Cáceres, Campillay, Cvitanic y Bargsted, 2015).

Lo anterior lleva a preguntarnos: ¿las características laborales, así como las relacionadas con los estudiantes, están asociadas con la salud mental del docente? La respuesta es afirmativa y diversos estudios lo confirman. A continuación se describirá la relación de las condiciones de trabajo con síntomas de ansiedad, depresión y síndrome de agotamiento profesional o *burnout* en los profesores universitarios. Es necesario señalar que las investigaciones de este tipo son abundantes en cuanto se refieren a los profesores de nivel básico o medio superior, pero escasas, por lo menos en lo referente a la ansiedad y depresión, en el nivel superior; esto podría llevar a suponer que los docentes universitarios están exentos de estos padecimientos, o que los profesores no se perciben como una población de riesgo y se reusan a participar en las investigaciones de este tipo o bien los investigadores consideran que no hay condiciones suficientes para llevar a cabo dichas investigaciones. Al final el resultado es el mismo: ante la falta de información se dificulta visibilizar el problema y realizar acciones tendientes a apoyar a este sector de profesionales cuyo trabajo es fundamental para la sociedad.

### **Síntomas de ansiedad, depresión y *burnout* en el profesorado universitario**

La ansiedad es un estado caracterizado por reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañadas de activación del sistema nervioso autónomo (Sandín y Chorot, 1995); así, pueden presentarse síntomas como preocupación excesiva que es muy difícil de controlar, inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (no poder dormir, dificultad para permanecer dormido, sueño insatisfactorio), palpitación, temblor, sensación de ahogo, malestar abdominal, miedo a morir o a “volverse loco”, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Para conocer el impacto de los trastornos mentales en la vida de las personas, se creó un indicador llamado AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad), que se refiere a los años de vida saludable perdidos, debido a discapacidad y muerte prematura. En un análisis realizado por Whiteford et al. (2013), los desórdenes de ansiedad representaban 14.6% de los AVAD.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, 2003) encontró que es el padecimiento que sufren con mayor frecuencia personas de entre 18 y 65 años (14.3% alguna vez en la vida).

La presencia de ansiedad en profesores universitarios varía en distintos estudios: Sánchez y Martínez (2014) reportan 34%; Martínez (2012) informó 32%; García *et al.* (2009) señalan 37.5%; Batista *et al.* (2015) reportaron 7 por ciento.

Las condiciones laborales son un predictor de ansiedad en los profesores universitarios: a los síntomas de ansiedad se asocian la carga de trabajo, largas jornadas laborales, la burocracia, la falta de recursos o el tener estudiantes difíciles (Unda, 2015; Cifre, E.; Llorens, S.; Salanova, M. y Martínez, I., 2003).

En general, la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en las profesoras: las hipótesis para explicar este hallazgo incluyen factores culturales, sociales, biológicos y condiciones laborales (Unda, 2015 y Cifre, *et al.*, 2004).

Por otra parte, la depresión es un trastorno mental frecuente, discapacitante y que se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres que entre los hombres, y se estima que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo; quien la presenta puede sufrir tristeza, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, culpa, baja autoestima, trastornos en el sueño o el apetito, cansancio, falta de concentración y síntomas físicos sin causas aparentes; afecta la capacidad de realizar las actividades laborales, académicas y de afrontar la vida cotidiana, y en casos muy graves puede conducir al suicidio (OMS, 2017).

El impacto de los trastornos afectivos en la vida de los individuos a nivel mundial es enorme: Whiteford *et al.* (2013) concluyen que los desórdenes depresivos representan 40.5% de los AVAD.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora *et al.*, 2003) señala que los trastornos afectivos se han presentado al menos una vez en la vida en personas de entre 18 y 65 años en 9.1%.

Entre los profesores universitarios Martínez (2012) encontró síntomas de depresión en 19% de ellos, señalando que los docentes perciben que las recompensas que reciben son menores que el esfuerzo realizado, como las jornadas mayores a 48 horas semanales o la necesidad de tener una mayor formación académica para poder acceder a estímulos económicos; Contreras *et al.* (2009) encontraron que 8% de los profesores universitarios mostró algún tipo de depresión, y al realizar una comparación entre sexo femenino y masculino, encontraron que las mujeres tendieron a manifestar trastornos depresivos con mayor frecuencia; esto último coincide con la tendencia señalada por Kataoka, *et al.* (2017), quienes hallaron que 10% presentaba depresión de moderada a severa, y la población femenina tenía siete veces más riesgo de desarrollar depresión con respecto a la masculina, además de que el consumir sustancias acrecienta el riesgo sufrir depresión en 45%. En un estudio realizado por Batista *et al.* (2015) para explorar los trastornos mentales que más afectan a los docentes universitarios y donde la mayoría fueron mujeres, se presentó depresión en 52% y ansiedad en 7%; otros trastornos fueron esquizofrenia (12%), trastorno bipolar (10%), reacción aguda al estrés (8%) y trastornos delirantes (4%).

Por su parte, Unda (2015) confirma que en la depresión (como en la ansiedad), las mujeres son quienes presentan mayor número de síntomas que los hombres, y que con-

diciones del trabajo como la burocracia, la falta de recursos, los estudiantes difíciles y la relación con compañeros se asocian a la presencia de estos síntomas. Esto también sucede incluso entre docentes no universitarios: Ferguson, *et al.* (2012) aseguran que la sobrecarga de trabajo y el comportamiento de los estudiantes son variables significativas para que se produzca depresión y ansiedad.

El síndrome de *burnout* ha sido traducido al español como “estar quemado” o “síndrome de agotamiento profesional”. Maslach y Jackson (1981) describieron el síndrome de *burnout* como estar emocionalmente exhausto, mostrar una actitud cínica o deshumanizada hacia otros; por otra parte, también existe una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, por lo que las personas que lo padecen se sienten infelices e insatisfechas con su rendimiento en el trabajo. Los empleos que esencialmente dan servicio a las personas han demostrado estar relacionados con el desarrollo de la enfermedad, debido a que el tipo de interacción social está centrada en los problemas de los usuarios de los servicios (en este caso, los estudiantes), lo que implica el desarrollo de sentimientos como: ira, vergüenza, miedo o desesperación. Los autores (Maslach y Jackson, 1981) señalan que el estrés crónico puede ser emocionalmente agotador y puede dar lugar a que se desarrolle *burnout*; dicho síndrome consta de tres dimensiones:

Primera. *Agotamiento emocional*: se refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales; se desarrolla la sensación de estar exhausto, se siente impotencia y desesperanza.

Segunda. *Despersonalización o deshumanización*: se presenta insensibilidad y cinismo hacia los beneficiarios del servicio que ofrece, así como incremento de la irritabilidad; esto se refleja en ausentismo laboral, inasistencia a reuniones, resistencia a atender al público, o bien en su actitud emocional se vuelve frío, distante, despectivo.

Tercera. *Sentimientos de baja realización personal*: respuestas negativas al evaluar al propio trabajo, con vivencias de insuficiencia profesional, baja autoestima, evitación de relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Son sentimientos de inadecuación personal y profesional al trabajo que desempeña.

Si bien el síndrome de *burnout* es una consecuencia del estrés crónico, en él influyen distintas variables. Ramos (2008) señala que aspectos como la edad, el sexo, las estrategias de afrontamiento al estrés y la falta de apoyo social predisponen a que aparezca el *burnout*, pero las características organizacionales lo desencadenan: el trato con estudiantes difíciles, sobrecarga de trabajo, ambigüedad en las instrucciones de los directivos, cambio de turnos, etc.

El Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de la Unión General de Trabajadores de España (2006) señala que el *burnout* se asocia con empleos en los que se requiere dar servicio a muchas personas y requiere un alto compromiso laboral; los trabajadores más susceptibles son el personal de salud, los asistentes sociales y los profesionales dedicados a la docencia.

La prevalencia del síndrome varía de acuerdo con los diferentes estudios: Pando, Aranda, Aldrete, Flores y Pozos (2006a) reportan la presencia de *burnout* en 52.7%, Guerrero (2000) 42%, Quaas (2006), 28%, Rojas, Zapata y Grisales (2009) 19.1%, Unda (2015) 7.67%.

En cuanto a las dimensiones del *burnout*, puede hacerse una diferencia por sexo: las mujeres presentan mayor agotamiento emocional que los hombres (Watts y Robertson, 2010; Pando y cols., 2006b); y los varones presentan mayores niveles de despersonalización (Watts y Robertson, 2010). La forma en que se afronta el estrés, (a lo que se ha llamado "estrategias de afrontamiento") también influye en el *burnout*; éste se asocia con el uso de estrategias emocionales como la negación (Quaas, 2006), desahogarse o incluso consumir drogas (Guerrero, 2000). El uso de estrategias racionales como la reinterpretación positiva, la planificación, así como la búsqueda de apoyo instrumental y social, evitan que se presente (Quaas, 2006, Guerrero, 2000).

El estudio realizado por Evers, Tomic y Brouwers (2004), señala que las habilidades que tienen los maestros para poder manejar a los estudiantes disruptivos está relacionado significativamente con cada una de las dimensiones del *burnout*, por lo que es uno de los factores más importantes que el docente debe cuidar; esto nos señala la importancia de capacitar al docente para que éste sepa elegir las estrategias necesarias para construir un ambiente adecuado dentro del aula. Además, se ha comprobado que el tener un buen control disciplinario se relaciona con un sentido personal de logro y competencia laboral.

Se ha encontrado que existe una conexión entre el *burnout* que desarrolla un docente y la baja motivación que pueden tener los estudiantes (Shen, *et al.*, 2015). Promover la salud mental del docente es adecuado para los estudiantes, el personal administrativo y los docentes mismos. Chen *et al.*, (2014), luego de una revisión sistemática, concluyen que la sociedad y las instituciones educativas deben tomar medidas específicas para mejorar la salud mental de los docentes universitarios.

## Promoción de la salud mental

En 1986 la OMS realizó la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Ottawa, Canadá, adoptando el documento denominado "Carta de Ottawa para la promoción de la salud" (World Health Organization, 1986), en ella se describe que:

*La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar.*

Respecto a esto último, señala que los requisitos previos para la salud, es decir, las condiciones y recursos que se requieren para que la salud exista, son: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

La promoción de la salud tiene que ver no solamente con proporcionar información sobre salud, sino con generar condiciones para que las personas puedan estar saludables, lo que implica que se involucren diversos profesionales y las personas mismas, para encargarse de crear estas condiciones.

La OMS (2013) entiende a la salud mental como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”.

En la salud mental influyen no sólo características individuales, sino también factores económicos, políticos, culturales, sociales, ambientales (por ejemplo políticas nacionales, protección social, nivel de vida, condiciones laborales o apoyos sociales), y en muchas sociedades preocupan cada vez más la asociación de los trastornos mentales con la marginación, pobreza, violencia doméstica, exceso de trabajo y estrés, impactando especialmente en la salud de la mujer. Es necesario realizar acciones tendientes a atender estas situaciones, pues los trastornos mentales influyen en otras enfermedades (cáncer, enfermedades cardiovasculares, infección por el VIH/sida) y también se ven influidas por ellas: por ejemplo, hay evidencia de que la depresión predispone al infarto al miocardio y a la diabetes, que a su vez aumentan las probabilidades de sufrir depresión. La pobreza, el consumo de alcohol o el estrés son comunes a los trastornos mentales; también hay una gran coincidencia entre trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias. Todo ello tiene otras implicaciones: la depresión, por ejemplo, es una de las principales causas de discapacidad, sobre todo en las mujeres; con frecuencia los trastornos mentales llevan a las personas y sus familias a la pobreza. (OMS, 2013).

Las instituciones universitarias puede tener acceso a recursos que se encuentren a su alrededor para generar condiciones que favorezcan la salud física y mental: por ejemplo, establecer protocolos con autoridades policíacas para combatir la delincuencia; solicitar a autoridades civiles, organismos particulares o públicos, apoyos para mejorar las condiciones físicas de la institución, promoviendo áreas verdes; acudir con los congresos locales para presentar necesidades y solicitar mayor financiamiento y el establecimiento de políticas públicas que favorezcan mejores condiciones; solicitar becas para la formación en diversos temas para los docentes, etcétera.

Además de crear condiciones, es necesario desarrollar en las personas habilidades que les permitan cuidar de su propia salud mediante procesos educativos. Gutiérrez (2003) señala que la educación para la salud:

*Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación.*

Sugiere, además, la atención de diversas necesidades:

Problemas de salud: enfermedades crónicas, discapacidades.

Estilos de vida: alimentación, actividad física, sexualidad, tabaquismo y otras adicciones, manejo del estrés.

Transiciones vitales: infancia y adolescencia, inmigración, cuidado de personas dependientes, envejecimiento.

---

*La palabra en inglés es “enabling”, puede traducirse como “permitir”, “hacer posible”, y no solamente*

Estrategias multisectoriales: entornos saludables, escenarios promotores de salud, equidad y desigualdades en salud.

La mayoría de estos aspectos son susceptibles de ser atendidos desde el punto de vista *educativo*. Los profesores pueden aprender o re-aprender la necesidad de modificar sus estilos de vida para prevenir o bien atender enfermedades; pueden reflexionar sobre distintos problemas relacionados con su propio proceso de envejecimiento, así como la etapa de vida por la que pasan sus estudiantes; además, también pueden ser conscientes de la importancia de su participación en generar entornos saludables. Todo ello se relaciona con el cuidado de la salud mental.

En una línea similar, Guerrero y Rubio (2005) sugieren el abordaje de distintas estrategias para prevenir el burnout en los docentes:

- a) *Fisiológicas*: las situaciones estresantes provocan respiración rápida y superficial, lo que implica mayor tensión. Respirar bien ayuda a oxigenar mejor el organismo; así, por ejemplo, los profesores pueden aprender a realizar relajación física y control de la respiración.
- b) *Conductuales*: asertividad, desarrollo de habilidades sociales, solución de problemas. Autocontrol. Evitar la excesiva injerencia de los estudiantes, tomar pequeños descansos durante el trabajo, aumentar actividades reforzantes, tener acceso a programas de entrenamiento. Acciones para afrontar el estrés como dieta equilibrada, no fumar, no beber alcohol en exceso, no consumir excitantes ni fármacos psicoactivos. Realizar ejercicio físico.
- c) *Cognitivas*: mejorar la percepción, interpretación y evaluación de los problemas laborales y los recursos laborales propios. Por ejemplo, reinterpretar la realidad para ver aspectos positivos, eliminar actitudes disfuncionales como la necesidad de excesiva aprobación de otros, temor al fracaso, afán de perfeccionamiento; identificar cómo sus actitudes generan y hacen que persista el estrés laboral. Asistir a terapia.
- d) *Intervención social*: romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo, favorecer la salud física y psicológica. El apoyo social amortigua los efectos del estrés e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlo. Por ejemplo el trabajo en equipo y el apoyo entre docentes.
- e) *Intervención organizacional*: modificar los aspectos disfuncionales en la estructura de la organización. Señala que “es ingenuo y éticamente discutible someter a los trabajadores a programas de entrenamiento para afrontar el estrés mientras persistan en la empresa las exigencias excesivas o las condiciones de trabajo inapropiadas”.

Para lograr estos objetivos, es conveniente que las instituciones educativas empleen los recursos que poseen —especialistas, instalaciones, etc.— o bien creen redes de apoyo con instituciones especializadas en distintos temas (nutrición, prevención y tratamiento del consumo de drogas, tratamiento de la ansiedad o depresión, etc.), pues es necesaria la intervención otros profesionales debidamente capacitados en educación para la salud, como pedagogos, trabajadores sociales, psicólogos generales, etc. También es posible recurrir a los estudiantes de la propia institución o alguna otra; con respecto a ello, nuestra experiencia en la formación de estudiantes de pedagogía que deciden emplear

sus conocimientos y habilidades en programas educativos para el cuidado de la salud física y mental ha dado frutos de enorme utilidad para la población en general, mediante el desarrollo de talleres en temas como atención del paciente diabético, depresión, prevención del consumo de alcohol, hábitos alimentarios, prevención del cáncer de mama, etc.; estos estudiantes desarrollan el material didáctico apropiado, las estrategias de enseñanza-aprendizaje y, en ocasiones, este trabajo deriva en tesis para la obtención de grado; aunque estas intervenciones no han sido probadas en profesores universitarios, esto señala una oportunidad que puede extenderse al resto de la comunidad universitaria: también los estudiantes sufren malestar emocional que debe ser atendido, pues además de la merma en salud, esto puede repercutir en su rendimiento académico y en su relación con los profesores.

### Importancia de la educación emocional del docente

Cabe señalar la necesidad de desarrollar habilidades emocionales en los profesores. La docencia implica un fuerte nivel de interacción con estudiantes, y en este espacio existen numerosas fuentes de roce y de conflicto como la evaluación, las reglas en clase, el aprovechamiento de los estudiantes, etc. Durante los procesos de formación de profesores hemos observado que buena parte del malestar docente proviene de las conductas de los estudiantes; por ejemplo, que éstos lleguen tarde, muestren indiferencia ante temas relevantes de la materia, ignoren al profesor, no entreguen tareas, no estudien, utilicen el teléfono celular o la computadora para fines no relacionados con la materia durante la clase, “reten” al profesor o su autoridad, se ríen, hagan trampa durante los exámenes o en la elaboración de tareas; todo ello produce en el profesor enojo, preocupación, frustración, desmotivación, impotencia, aflicción, intranquilidad.

Las situaciones descritas requieren el desarrollo de habilidades para reconocer las propias emociones, regularlas, expresarlas y además negociar con los estudiantes, señalando cuál es el comportamiento que se espera de ellos. Bimbela y Navarro (2007) proponen enseñar a los docentes a regular sus emociones en distintos niveles: en el plano fisiológico, controlar la respuesta automática del organismo (palpitaciones, respiración agitada) por medio de ejercicios de relajación y respiración; en el nivel cognitivo, ayudar a los profesores a observar las situaciones que generan malestar, y detectar “distorsiones cognitivas” o patrones de pensamiento que generan malestar (como por ejemplo etiquetar a los estudiantes, generalizar sus comportamientos a partir de hechos aislados, pensar que nada depende de los profesores, “filtros mentales”, donde solamente se observa un tipo de comportamiento —generalmente el mal comportamiento—, etc., y repensar la realidad, aumentando los niveles de bienestar), y en el llamado “nivel motor”, que más bien puede entenderse en la toma de decisiones, que implica que el profesor sea consciente de las acciones que él mismo toma y que le generan malestar. A veces, las emociones negativas y su expresión poco asertiva daña la relación con los estudiantes y en respuesta éstos buscan “devolver el golpe” al profesor. Sor Juana Inés de la Cruz (1973) decía: “¿Qué humor puede ser más raro que el que falto de consejo, él mismo empaña el espejo y siente que no esté claro?”

En nuestra experiencia de trabajo con docentes en la UNAM, la capacitación sobre la regulación de emociones es posible, y la incluimos en nuestros cursos de formación docente; al final, se incrementa la sensación de eficacia de los profesores en el control de sí mismos y de las situaciones estresantes y consideran la posibilidad de mejorar su relación con los estudiantes; como reza un proverbio chino: “Si eres paciente en un momento de ira, escaparás a cien días de tristeza”.

Otra manera muy eficaz de regular las emociones es por medio de la meditación, es decir, concentrarse y poner atención a lo que se experimenta en el momento, aceptándolo y sin juzgar; a esto se le conoce como *Mindfulness*, traducido al español como “Atención plena”. Existe evidencia de que esta técnica ha ayudado a profesores adultos de otros niveles educativos a disminuir los niveles de estrés y los días de baja laboral (Mañas, Franco y Justo, 2011), así como los síntomas de *burnout* y el desarrollo de la capacidad de atención (Flook, Goldberg, Pinger, Bonus y Davidson, 2013).

La autorregulación emocional permite un mayor bienestar a los profesores y favorece relaciones más saludables con los estudiantes. Cabe señalar que si el docente sabe usar las técnicas, puede enseñarlas a los alumnos para que ellos mismos se regulen y las apliquen a las situaciones escolares y profesionales: entre estas situaciones están los sentimientos que surgen al realizar un examen, al presentarse una tarea difícil de realizar, al enfrentarse a momentos críticos en los trabajos de grupo, al negociar con otros profesores, en sus experiencias laborales, etcétera.

### Importancia de la capacitación docente en el manejo de la clase

Los jóvenes pueden tener características personales que intriguen, molesten o afecten a los profesores. Sin embargo, también es necesario asegurarse de que los comportamientos que afectan al profesor no sean provocados por él mismo: no preparar las clases, ser poco asertivo en el manejo de las conductas disruptivas, mostrar prepotencia, dejar trabajos de último minuto, carecer de estrategias de enseñanza adecuadas, desconocer estrategias de evaluación, etc. pueden generar el desinterés o poca participación de los estudiantes. En este sentido, anteriormente se ha sugerido la necesidad de cuidar el tamaño de los grupos evitando, en la medida de lo posible, que sean grandes, así como tratar de que los profesores cuenten con ayudantes; favorecer que los estudiantes posean las estrategias necesarias para aprender en el ambiente universitario; capacitar a los docentes en el manejo de grupos, didáctica, motivación y regulación emocional, instauración de medidas disciplinarias no violentas (Martínez, 2016).

La percepción que tienen los docentes sobre los comportamientos de los estudiantes está asociada a que desarrollen un agotamiento emocional (Costas, 2010). Es por ello que el manejo de la disciplina es una de las herramientas más importantes con las que los docentes deben contar. Un método que requiere generar evidencia en el nivel universitario, pero que ha mostrado su utilidad en otros niveles educativos es el conocido como Positive Behavior Support (PBS), que es un modelo que busca expandir el repertorio de comportamientos de la persona por medio de rediseñar el ambiente en el que se desenvuelve el individuo, con el fin de enaltecer la calidad de vida y minimizar los problemas de comportamiento. La meta más importante del PBS es ayudar a que haya un cambio en la persona con el fin de que se creen apoyos para que se pueda desenvolver más adecuadamente. Bradshaw (2010) hizo un estudio longitudinal de cinco años para analizar el impacto que tiene el PBS en la disciplina escolar, y encontró que este modelo se ha aplicado en Estados Unidos en aproximadamente 9 000 escuelas; dichas intervenciones han generado diversas evaluaciones que muestran que cuando el pro-

<sup>5</sup> Los resultados suelen variar en las diferentes escuelas, aunque en todas se ve una mejora, y esto se atribuye a que los docentes se enfocan en optimizar los esfuerzos y recursos para obtener mejores resultados relacionados con los problemas de disciplina. Algo interesante que muestra el estudio es que suele ser muy común ver cambios significativos más notorios en contextos que tienen problemas graves de disciplina.

grama se implementa, las conductas inadecuadas suelen disminuir en estas instituciones (un elemento que ha ayudado a medir esto ha sido la reducción de reportes de mala conducta, suspensiones, expulsiones, etc). Por otra parte, el monitoreo de la disciplina suele incrementar casi 50%, por lo que esto ayuda a que haya mejor toma de decisiones en cuanto a las acciones disciplinarias que se utilizarán para mejorar el contexto. Freeman (2015) estudió escuelas a nivel preparatoria para comprender los resultados del PBS, y encontró que estaba asociado con la disminución de casos de indisciplina y con el incremento de la asistencia de los estudiantes. Modelos parecidos deben buscarse y darse a conocer entre los profesores universitarios.

### **Importancia del profesor y personal administrativo como promotores de la salud mental**

Cuando un profesor cuida de sí mismo, se vuelve un promotor de la salud mental. Nuestra experiencia en el área de Enseñanza del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz realizando el curso Promoción de la salud mental en contextos escolares, impartido en los últimos años, nos ha permitido observar cómo profesores de muy diversas formaciones, una vez que reciben información científica debidamente explicada y relacionada con sus contextos educativos, sienten la necesidad de realizar cambios institucionales y personales, incluyendo la necesidad de recibir apoyo profesional para su situación personal: descubren que tienen síntomas de ansiedad o depresión, que tienen distorsiones cognitivas que les producen sufrimiento, que no cuidan adecuadamente sus horas de comida, sueño o ejercicio, etc., y ello les anima a tomar acciones al respecto. En este sentido, es importante que las instituciones universitarias establezcan redes de apoyo con organizaciones o especialistas en psicología clínica y psiquiatría para que sea posible derivar a los profesores que así lo requieran. Cabe señalar que la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora y cols., 2003) identificó que solamente una de cada cinco personas con trastorno afectivo recibió atención, y únicamente una de cada diez con trastorno de ansiedad contó con este apoyo.

En ocasiones los problemas de conducta o de rendimiento académico de los estudiantes están relacionados con trastornos de salud mental, como ansiedad, depresión, consumo de sustancias o fobias diversas (temor a salir a la calle o hablar en público, lo que dificulta las exposiciones en clase). No podemos dejar de señalar la importancia de que la institución educativa tenga un protocolo para capacitar a los profesores para “sospechar” (no diagnosticar) y actuar cuando algún estudiante esté pasando por un momento difícil o bien padezca algún problema relacionado con la salud mental; el hecho de que el profesor esté habilitado para derivar al estudiante a las personas capacitadas para ayudar, es un elemento indispensable para prevenir y dar tratamiento a enfermedades o situaciones que requieren apoyo. Un estudiante en mejor estado emocional constituye una riqueza para el funcionamiento del grupo y también un elemento favorecedor de la salud mental del docente.

### **Salud mental, economía y universidad**

La OMS (2016) ha señalado que la atención a la salud mental “ha permanecido en las sombras”, a pesar de que la presencia de ansiedad y depresión está en aumento: entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad creció en cerca de 50% (de 416 millones a 615 millones). Así, atender la salud mental no es sólo un problema de salud pública, pues tiene un impacto sobre el desarrollo económico y la productividad de las naciones: la ansiedad y la depresión cuestan a la economía mundial un billón de dólares al año, y a pesar de ello las inversiones en salud mental son muy inferiores a lo necesario. La buena noticia

es que cada dólar que se invierte en tratamiento para depresión y ansiedad rinde cuatro dólares en mejora de la salud y la capacidad de trabajo, es decir, se obtiene un rendimiento de 400 por ciento.

Es importante señalar el trabajo realizado por la OMS y la OPS desde hace más de veinte años promoviendo la necesidad del cuidado de la salud física y mental de los integrantes de la comunidad universitaria, es decir, de estudiantes, profesores y personal administrativo: en 1996 se creó la Iniciativa Global de Universidades Promotoras de Salud (UPS), realizándose desde entonces diversos congresos internacionales en Chile, Canadá, México, España, Costa Rica, Puerto Rico y nuevamente Canadá (OPS, 2015). En nuestro país se creó la Red Mexicana de Universidades Promotoras de Salud, a la que se han incorporado diversas instituciones de educación superior. Así, podemos afirmar que existen esfuerzos serios dentro de distintas universidades tendientes a promover la salud mental; cabe recordar que la OMS, afirma “sin salud mental, no hay salud”, y es por ello que debemos procurar fomentarla entre nuestro docentes universitarios.

## Conclusión

La docencia en cualquier nivel educativo, además de ser una actividad necesaria, satisfactoria y digna, es también una profesión de riesgo, del cual no están exentos los profesores universitarios, a pesar de su edad, experiencia o formación académica. Es fundamental que estos riesgos dejen de ser un tema tabú y pueda hablarse de ellos con naturalidad, así como de aquellas acciones que contribuyen a mantener la salud mental de los docentes. Estudios en docentes universitarios han encontrado síntomas de ansiedad que van de 7% a 37%; de depresión de 10% a 52%; y de síndrome de *burnout* de 7% a 52%. Las mujeres son las más afectadas en todos los rubros. Algunos factores del trabajo que se asocian a la presencia de estos trastornos son la sobrecarga de trabajo, el trato con estudiantes difíciles, ambigüedad en las instrucciones de los directivos y la burocracia en sus centros de trabajo.

A pesar de las condiciones de adversidad a las cuales los docentes deben hacer frente, es importante señalar que existen factores de protección con los cuales se pueden elevar las posibilidades de cuidado de la salud mental, entre ellas: contar con redes de apoyo (personas que los ayuden en momentos complicados), tener respaldos académicos y administrativos internos y externos, favorecer espacios de trabajo que auspicien la satisfacción laboral, así como mantenerse en constante capacitación. Además, es necesario trabajar en temas de comunicación, participación en la toma de decisiones, mejorar el ambiente físico, reparto de tareas, estímulos económicos, seguridad laboral, ambientes ergonómicos. Por otra parte, también se requiere educar a los profesores —es decir, ayudarles a desarrollar habilidades— para cuidar de su propia salud mental: realizar ejercicio físico, cuidar la alimentación, evitar el consumo de drogas, desarrollar ambientes sociales gratificantes y, en caso necesario, acudir a los profesionales del cuidado de la salud mental: psicólogos clínicos certificados y psiquiatras.

Como se señaló anteriormente, los estudios sobre síntomas de ansiedad y depresión entre docentes universitarios son muy pocos; en mayor cantidad son los relacionados al *burnout*. Se requiere profundizar en esta línea de investigación para poder ofrecer ayuda a los docentes; la percepción que tenemos, luego del trato derivado con profesores en procesos de capacitación nos ha dejado ver que la sintomatología está presente y es preciso sea identificada. Evers *et al.* (2004) en un estudio sobre *burnout* en docentes y la percepción que tenían los estudiantes sobre el *burnout* de esos mismos docentes, señaló

que los estudiantes informaron niveles significativamente más altos de despersonalización y menores niveles de realización personal que lo que reportaron sus profesores, lo que significa que percibieron que sus maestros estaban más cerca del *burnout* que los maestros mismos.

La necesidad de la atención de la salud mental es un tema de salud pública y también de desarrollo económico; la OMS promueve desde hace más de dos décadas el cuidado de la salud en las comunidades universitarias; sin embargo, aún quedan muchas instituciones que deben tomar la salud de sus integrantes como una prioridad, es decir, como una condición necesaria para optimizar la labor educativa para la que han sido creadas.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA, EUA. Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Oliveira, M. N. d., Zaccara, A. A. L., Barros, E. d. O., & Duarte, M. C. S. (2015). Mental disorders that most affect university teachers: a study in a medical expertise service. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7 (Supl.), 119-125.
- Bimbela, J. L., Navarro, B. (2007). *Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación*. Escuela Andaluza de Salud Pública. España.
- Bowen, J. (2001). *Historia de la educación occidental*, tomo I, El mundo antiguo. España, Ed. Herder: 294.
- Bradshaw, C., Mitchell, M., y Leaf, P. (2010). Examining the Effects of Schoolwide Positive Behavioral Interventions and Supports on Student Outcomes: Results From a Randomized Controlled Effectiveness Trial in Elementary Schools. Universidad Johns Hopkins e Instituto Hammill de Discapacidad. *Journal of Positive Behavior Interventions*, vol. 12, núm. 3: 133-148.
- Cáceres, N; Campillay, J; Cvitanic, C. y Bargsted, M. (2015). Los factores de riesgo psicosocial del trabajo afectan la salud mental de los profesores según el tipo de financiamiento del establecimiento. *Salud y Sociedad*. Universidad Adolfo Ibañez, Santiago de Chile, Chile, vol. 6, núm. 1: 50-75.
- Cárdenas, M.; Méndez, L. M.; González, M. T. (2014). Evaluación del desempeño docente, estrés y burnout en profesores universitarios. Revista Electrónica *Actualidades Investigativas en Educación*, vol. 14, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 1-22.
- Chen, N., Li, X., Liu, Q., Liu, Y. (2014). Systematic review of university teachers' mental health based on SCL-90. *Journal of Hygiene Research* [Wei Sheng Yan Jiu] 2014, nov., vol. 43 (6), pp. 990-7.
- Cifre, E.; Llorens, S.; Salanova, M. y Martínez, I. (2003). Salud psicosocial en profesores: Repercusiones para la mejora en la gestión de los RRHH. Universidad Jaume I, Castellón. *Estudios Financieros*, núm. 247: 153-168.
- Contreras, G.; Veytia, M. y Huitrón, G. (2009). Detección del trastorno depresivo en profesores universitarios. *Psicología y Salud*, vol. 19, núm. 1: 133-139.
- Costas N. T., Carson R., Matthews R., Grawitch, M. J. y Barber, L. K. (2010). Exploring the association between teachers' perceived student misbehaviour and emotional exhaustion: the importance of teacher efficacy beliefs and emotion regulation. *An International Journal of Experimental Educational Psychology*, vol. 30, 2010- I.
- De la Cruz, J. I. (1973). Arguye de inconsecuentes el gusto y la censura de los hombres

- que en las mujeres acusan lo que causan, en **Sor Juana Inés de la Cruz. Poesía, teatro y prosa**. Porrúa. México.
- Evers, W., Tomic, W., Brouwers, A. (2004). Burnout Among Teachers: Students' and Teachers' Perceptions Compared. **School Psychology International**, vol. 25-2.
- Ferguson, K., Frost, L. Y Hall, D. (2012). Predicting Teacher Anxiety, Depression, and Job Satisfaction. **Journal of Teaching and Learning**, vol. 8, núm. 1. Nipissing University. Canada.
- Flook, L., Goldberg, S.B., Pinger, L., Bonus, K., Davidson, R.J. (2013). Mindfulness for Teachers: A Pilot Study to Assess Effects on Stress, Burnout, and Teaching Efficacy. Journal Compilation. **International Mind, Brain, and Education Society and Blackwell Publishing, Inc.**, vol. 7, núm. 2.
- Fraser, I., Houlihan, M., Fenwick, K., Fish, T. y Möller, C. (2007). **Teaching Anxiety and Teaching Methods of University Professors: A Correlational Analysis**. St. Thomas University. Canada.
- Freeman, J., Simonsen, B., McCoach, B., Sugai, G., Lombardi, A. y Horner, R. (2015). Relationship Between School-Wide Positive Behavior Interventions and Supports and Academic, Attendance, and Behavior Outcomes in High Schools. **Journal of Positive Behavior Interventions**.
- García, C., Ramos, D., Serrano, D., Sotelo, M., Flores, L. y Reynoso, L. (2009). Estilos de vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: un estudio descriptivo. **Psicología y salud**, vol. 19, núm. 1: 141-149. México.
- Guerrero, E. (2000). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del "quemado". OEI – **Revista Iberoamericana de Educación**.
- Guerrero, E., y Rubio, J. C. (2005). Estrategias de prevención del burnout en el ámbito educativo. **Revista Salud Mental**, vol. 28, núm. 5, oct. 2005.
- Gutiérrez, J. J. (comp.) (2003). **Formación en promoción y educación para la salud**, Madrid, España, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hakanen, J., Bakker A. y Schaufeli, W. (2005). Burnout and work engagement among teachers. **Journal of School Psychology**.
- Houlihan, M.; Fraser, I.; Fenwick, K.; Fish, T. Y Möller, C. (2009). Personality Effects on Teaching Anxiety and Teaching Strategies in University Professors. **Journal of Higher Education**. St. Thomas University, vol. 39, núm. 1: 61-72.
- INPRF (2017). Curso Promoción de la salud mental en contextos escolares. Guillermo Martínez Cuevas, Shoshana Berenzon Gorn, Coordinadores. [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/ensenanza/info\\_cursos/2017/contextos\\_escolares\\_2017.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/ensenanza/info_cursos/2017/contextos_escolares_2017.pdf)
- Kataoka, M., Ozawa, K., Tanioka, T., Kodama, T., Ta- mura, Y. and King, B. (2017) Japanese University Teachers' Depression Status and Its Influence Factors. **Open Journal of Psychiatry**, 7:186-198.
- Mañas, I., Franco, C., Justo, E. (2011). Reducción de los niveles de estrés docente y los días de baja laboral por enfermedad en profesores de Educación Secundaria Obligatoria a través de un programa de entrenamiento en Mindfulness. **Revista Clínica y Salud**, vol. 22, núm. 2: 121-137.
- Martínez, G., (2016). **Identificación de malestar emocional y síndrome de burnout en docentes universitarios** (tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Martínez, S. (2012). La salud de los docentes universitarios mexicanos y el modelo desbalance esfuerzo-recompensa, en Aldrete, M. G., Cruz, O., (eds.) **Estrés laboral y burnout en docentes de educación superior en México**. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- Maslach C. y Jackson S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, vol. 2, 99-113.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, núm. 26-4.
- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de la Unión General de Trabajadores de España (2006). Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 21 de noviembre de 1986. Traducción: K. Duncan y L. Maceiras. *Revista Salud Pública*, vol. 1-1: 19-22.
- \_\_\_\_\_ (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Suiza. Organización Mundial de la Salud.
- \_\_\_\_\_ (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento de 400%. Comunicado de prensa conjunto: OMS/Banco Mundial. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/> el 19 de mayo de 2018.
- \_\_\_\_\_ (2017). Trastornos mentales. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/> el 19 de mayo de 2018. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2015). Acerca de las universidades promotoras de salud. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10669%3A2015-about-health-promoting-universities&catid=7790%3Aabout&Itemid=41389&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10669%3A2015-about-health-promoting-universities&catid=7790%3Aabout&Itemid=41389&lang=es)
- Pando, M., Aranda, C., Aldrete, M. G., Flores, E. E., Pozos, E. (2006a). Factores psicosociales y **burnout** en docentes del centro universitario de ciencias de la salud. *Investigación en salud*, vol. 3, núm. 3.
- Pando-Moreno, M., Castañeda-Torres, J., Gregoriz-Gómez, M., Aguilar-Marín, A., Ocampo-de-Águila, L., Navarrete, R. S. (2006b). Factores psicosociales y síndrome de burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, vol. 12, núm. 3.
- Quaas, C. (2006). Diagnóstico de **burnout** y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de Chile. *Psicoperspectivas*, vol. 1: 65-75.
- Ramos, F. (2008). El síndrome de burnout. Madrid, España; Editorial Klinik.
- Rivero, L. F., y Cruz, M. A. C. (2010). Trastornos psíquicos y psicosomáticos: problemas actuales de salud de los docentes mexicanos. *Psicología y Salud*, vol. 20, núm. 2: 239-249.
- Rojas B., Zapata H., y Grisales R. (2009). Síndrome de burnout y satisfacción laboral en docentes de una institución de educación superior. Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 27, núm. 2: 198-210.
- Sánchez, C., Martínez, S. (2014). Condiciones de trabajo de docentes universitarios, satisfacción, exigencias laborales y daños a la salud. *Salud de los Trabajadores*, vol. 22, núm. 1: 19-28. Venezuela.
- Sandín, B., Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad

- en Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. *Manual de Psicopatología*, Madrid, España, McGraw-Hill, pp. 53-77.
- Shen, B., McCaughtry, N., Garn, J., Kulik, N. y Fahlmam, M. (2015). The relationship between teacher burnout and student motivation. *British Journal of Educational Psychology*.
- Simonsen, B., Sugai, G., y Negron, M. (2008). Schoolwide positive behavior supports primary systems and practices. *Journal Teaching Exceptional Children*. Estados Unidos, Virginia: Boston College, vol. 40, núm. 6.
- Unda, S. G., (2015). *Factores de riesgo psicossocial laboral asociados a la aparición del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y sus consecuencias en la salud de profesores universitarios* (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Watts, J., Robertson, N. (2010). Burnout in university teaching staff: a systematic literature review. *Educational Research*, núm. 53-1: 33-50.
- Whiteford H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine (...) Vos, T. (2013). *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*.
- World Health Organization (1986). Health Promotion. Ottawa Charter. Charter adopted at an international conference on health promotion. World Health Organization, Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada. November 17-21, 1986. Ottawa, Ontario, Canada.



## AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN EL ADOLESCENTE

*Elizabeth Verde Flota, Enrique Cerón Ferrer, Juan Gabriel Rivas Espinosa*

### Resumen

Las enfermedades crónicas no trasmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades isquémicas del corazón, entre otras, se manifiestan en edades cada vez más tempranas en el país. En la actualidad la población de adolescentes es vulnerable a padecer alguna de ellas.

El autocuidado es una conducta aprendida durante el desarrollo de la persona, dirigida hacia sí misma, que inicia a través de relaciones interpersonales con los integrantes de su entorno durante el crecimiento, de forma deducida e intencional, ya que esta capacidad se encuentra directamente relacionada con el nivel de conocimiento, las habilidades del individuo que regulen su funcionamiento en general, la habilidad de regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar (Foster *et al.*, pp. 90-107).

*Palabras clave: adolescentes, autocuidado, salud.*

### Abstract

Non-transmissible chronic diseases are increasingly manifesting at earlier ages in the country, such as type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension, ischemic heart disease, among others. Being the population of adolescents at present, vulnerable to suffer some of them. Self-care is a behavior learned during the development of the self-directed person that initiates through interpersonal relationships with the members of their environment during growth, in a deductive and intentional way, since this capacity is directly related to the Level of knowledge, the abilities of the individual to regulate their general functioning, the ability to regulate factors that affect their own development and functioning for the benefit of their life, health and well-being (Foster *et al.*, pp. 90-107).

*Key words: adolescents, self care, health.*

### Introducción

Las enfermedades crónicas no trasmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades isquémicas del corazón, entre otras, se manifiestan en edades cada vez más tempranas en el país. En la actualidad la población de adolescentes es vulnerable a padecer alguna de ellas.

El autocuidado puede abordarse desde la teoría de Dorothea Orem, quien afirma que la "práctica del autocuidado son una serie de actividades individuales o comunitarias dirigidas hacia el mantenimiento de la salud y bienestar de la persona o de un colectivo" (Olivella M., Bastidas C., Castiblanco M., 2012, p. 2).

El autocuidado es una conducta aprendida durante el desarrollo de la persona, dirigida hacia sí mismo, que inicia a través de relaciones interpersonales con los integrantes de su entorno durante el crecimiento, de forma deducida e intencional, ya que esta capacidad se encuentra directamente relacionada con el nivel de conocimiento, las habilidades del

individuo que regulen su funcionamiento en general, la habilidad de regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar (Foster *et al.*, p. 90-107).

## Objetivo de la investigación

Determinar el conocimiento sobre el autocuidado que realizan adolescentes para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles.

## Material y métodos

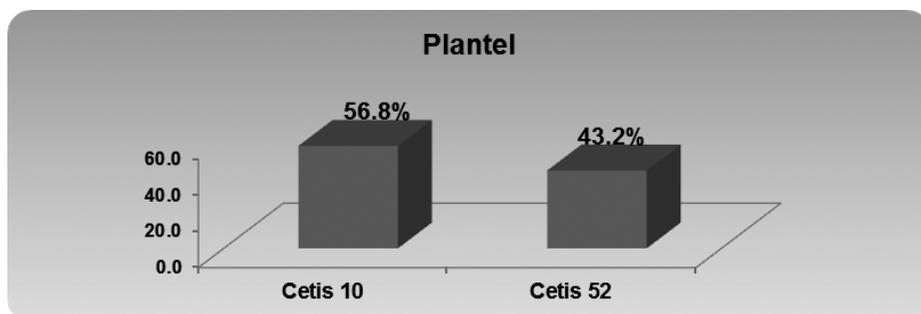
Investigación cuantitativa, descriptiva, transversal y exploratoria. La población en estudio fue de 579 encuestados de enseñanza media superior pública, de la Ciudad de México, los criterios de inclusión: alumnos de los planteles 10 y 52 de enseñanza media superior del Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios (CETIS), adscritos a la Secretaría de Educación Pública (SEP) ubicados en la Ciudad de México. Se trata de estudiantes de ambos sexos, edad de 15 a 20 años, inscritos en el semestre 2017 y que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado de los padres y alumnos; en éste se señala: el objetivo de la investigación, la descripción del estudio con énfasis en el autocuidado, los beneficios esperados y la confidencialidad de los datos. El estudio retomó los principios éticos y legales del artículo 14 de la Ley General de Salud en materia de investigación. Fue un diseño de muestreo aleatorio por conveniencia, se utilizó como instrumento de análisis un cuestionario de 38 ítems, considerando la escala de Likert (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y siendo sumatorias según la propia escala). Se capacitó a encuestadores para la aplicación del instrumento.

El procesamiento de la información fue a través del programa computacional Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 21; las tablas y gráficas fueron realizadas en Excel de Microsoft Office.

## Características generales

Se consideraron en la muestra dos planteles (10 y 52) de enseñanza media superior del Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios (CETIS), adscritos a la Secretaría de Educación Pública (SEP) y ubicados en la Ciudad de México, con un total de 579 encuestados, 56.8% de ellos corresponden al plantel núm. 10 y el porcentaje restante 43.2% al núm. 52. Véase la gráfica 1.

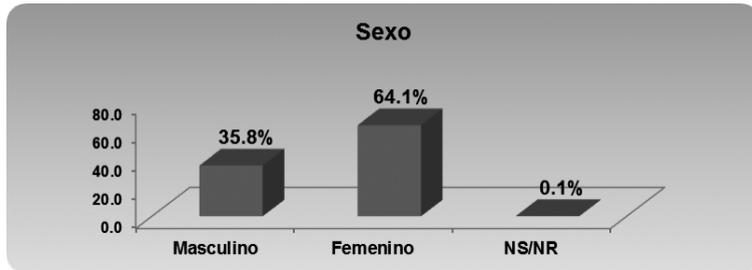
Gráfica 1



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

Como se observa en la gráfica 64.1% son mujeres y 35.8% son varones; es importante considerar que en el plantel 10 se ofrecen carreras que son demandadas preferentemente por las mujeres: puericultura, dietista, laboratorista clínico, entre otras, de ahí el porcentaje representativo del sexo femenino; véase la gráfica 2.

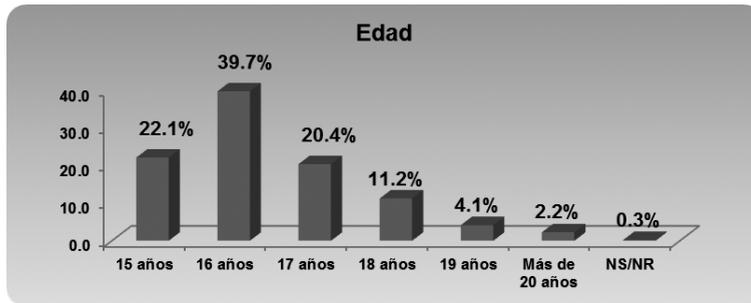
Gráfica 2



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

Acerca de las edades de los encuestados, un porcentaje representativo (93.4%) oscila entre los 15 y 18 años, es población vulnerable, para una serie de enfermedades que pueden ser prevenibles a partir de intervenciones educativas en salud, a nivel escolar y familiar, así como con políticas de salud encaminadas a la prevención; véase la gráfica 3.

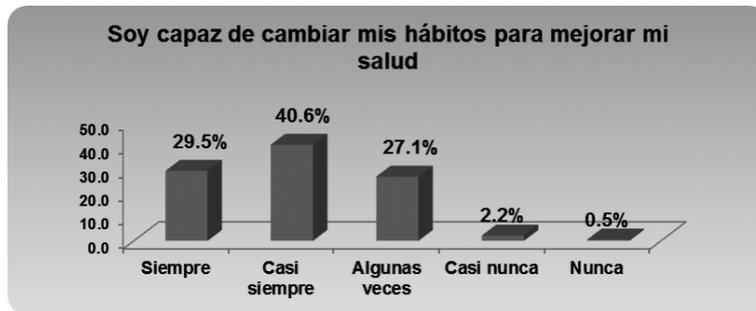
Gráfica 3



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

El 70.1% de los estudiantes manifiestan siempre y casi siempre poder cambiar sus hábitos para mejorar su salud, 27.1% algunas veces. Con programas específicos de autocuidado para la salud y en edades tempranas del individuo, consideramos que hay posibilidades de una mejor calidad de vida siempre que exista la participación de la familia, la escuela y políticas públicas eficientes; véase la gráfica 4.

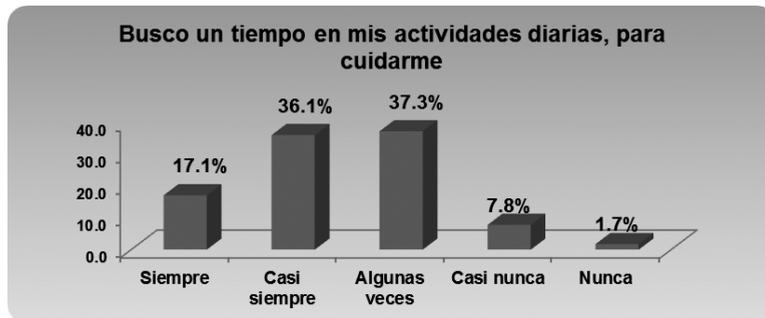
Gráfica 4



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

El 53.2% de los estudiantes procuran tiempo para su salud; sin embargo 46.8%, porcentaje elevado, pareciera que no cuenta con el tiempo. Es responsabilidad de las instituciones educativas crear ambientes saludables para los estudiantes en donde se les transmita la importancia de una alimentación saludable, incrementar las actividades deportivas, actitudes positivas, entre otras; véase la gráfica 5.

Gráfica 5



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

### Alimentación

El 59.4% de los alumnos desayunan diariamente, 34,5% no en forma cotidiana y 5.2% no desayuna, la ingesta de alimentos por la mañana es fundamental para un buen aprovechamiento académico, consideramos que las escuelas requieren modificar el tipo de productos y costos que les ofrecen a los jóvenes ya que en un número importante de éstos y por diferentes razones la ingesta matutina es nula; véase la gráfica 6.

Gráfica 6



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

El 34.4% realiza cambios en su alimentación para mantener su peso, empero, 40.2% eventualmente lo lleva a cabo y 24% no efectúa modificaciones. Un problema que enfrenta nuestro país en este momento es el sobrepeso en su población, tanto en niños como en adultos, no contamos con una cultura de la alimentación, aunado esto a la desigualdad social y a la pobreza. El Estado mexicano se enfrenta a transparentar y hacer eficiente el gasto de los programas encaminados a abatir estas problemáticas, la dinámica social en economías como la mexicana favorece el tipo de morbi-mortalidad que presentamos como sociedad; véase la gráfica 7.

Gráfica 7



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

El 50.1% de los encuestados refieren consumir una alimentación balanceada, mientras que 47.5% no es constante en una dieta balanceada, aumentando las posibilidades de contraer enfermedades crónico-degenerativas con las repercusiones que conllevan éstas para su vida futura; véase la gráfica 8.

Gráfica 8



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

Con respecto a la colación, solamente 26.1% realiza este consumo, 63.5%, porcentaje de consideración, permanece sin proveer a su organismo de nutrientes necesarios para un metabolismo adecuado de azúcares y grasas; véase la gráfica 9.

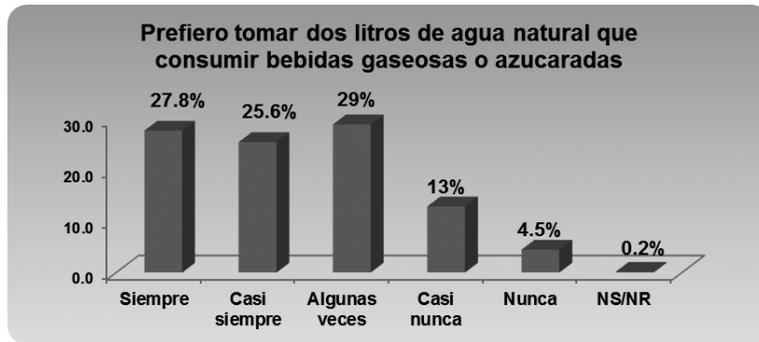
Gráfica 9



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

El 53.4% de los estudiantes ingiere la cantidad suficiente de agua al día, 29% algunas veces y 17.5% no cuenta con este hábito; recordemos que en México el consumo de bebidas gaseosas es elevado, con todas las implicaciones de salud que produce un alto consumo de las mismas. Esta situación se refleja en el aumento del nivel de sobrepeso de la población e incremento de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes tipo 2; para el Estado significa implementar políticas públicas de salud y una revisión profunda de las funciones y actividades en los diferentes niveles de atención del sector salud; véase la gráfica 10.

Gráfica 10

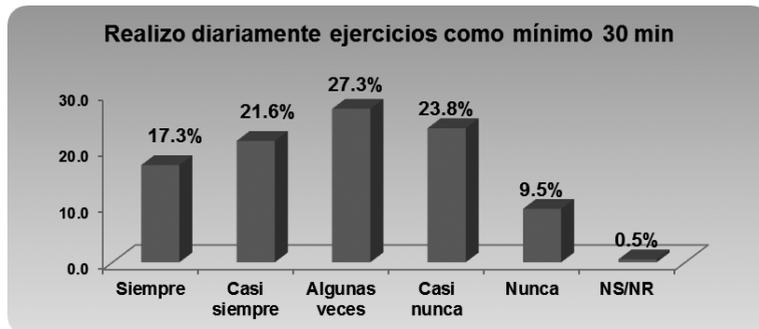


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

### Aspecto deportivo

Solamente 38.6% de los estudiantes se ejercita diariamente, la cultura del deporte no forma parte de su estilo de vida; 27.3% realiza actividad física algunas veces, y 33.3% no la realiza; el buen estado físico y mental le permitirá a los jóvenes mayor posibilidad de bienestar; véase la gráfica 11.

Gráfica 11

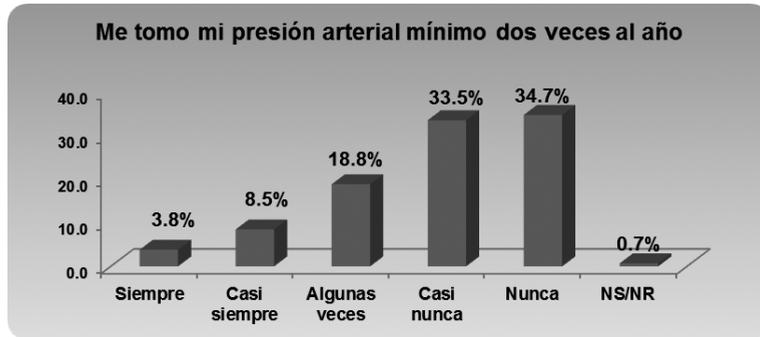


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

### Características de autocuidado

Respecto del autocuidado de constantes vitales tan importantes como la presión arterial, 12.3% realiza esta medición, mientras que 68.2% de los estudiantes no lo lleva a cabo. Recordemos que la hipertensión arterial se encuentra relacionada con el estilo vida en edades tempranas, véase la gráfica 12.

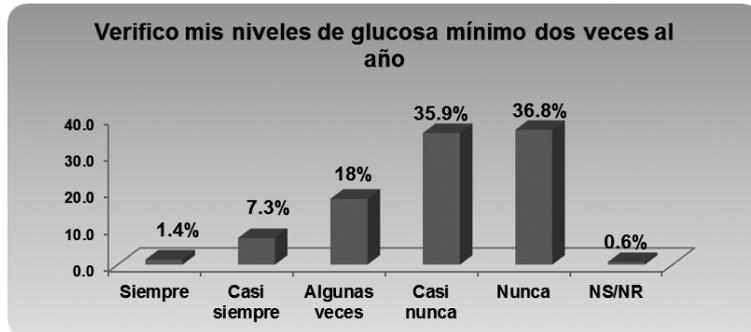
Gráfica 12



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

Como se muestra en la siguiente gráfica, los encuestados no cuentan con la cultura del autocuidado adecuado para detectar los niveles de glucosa en 72.7%, sólo 8.7% de los estudiantes lo verifican dos veces al año, situación que puede originar una silenciosa complicación para la salud en la etapa de adulto joven, como es la diabetes tipo 2; véase la gráfica 13.

Gráfica 13



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

De igual manera que en las gráficas 12 y 13 el control de los niveles de colesterol y triglicéridos no son menester de los encuestados, así lo muestra 71.4%, solamente 7.9% procura estas mediciones, véase la gráfica 14.

Gráfica 14



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

Solamente 27.1% de los encuestados se pesan y miden su circunferencia abdominal, 31.1% lo realiza algunas veces y 40.8% no lleva un control. México está entre los primeros lugares a nivel mundial en sobrepeso y obesidad, lo que a la postre desencadena una serie de patologías que pueden prevenirse con acciones sencillas de autocuidado; véase la gráfica 15.

Gráfica 15



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada a estudiantes de los CETIS 10 y 52, 2016.

## Discusión

El perfil epidemiológico de México se ha modificado debido a que la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y crónicas no trasmisibles relacionadas con la nutrición son ahora los principales problemas de salud (OPS/OMS, 2015, p. 32). El estudio que se presenta lamentablemente refleja lo que organismos internacionales señalan sobre la salud del mexicano.

En el caso particular de este estudio y con una muestra de adolescentes de entre 15 a 20 años, los hallazgos encontrados son, por ejemplo: 59% desayuna diariamente, 34%

realiza cambios en su dieta para mantener un peso adecuado, 32.1% consume una dieta balanceada, 26.1% toma colación entre comidas, 53.4% ingiere dos litros de agua al día, 33.3% realiza 30 minutos de ejercicio al día, datos que reflejan que el resto de la población encuestada es candidata a padecer obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición.

En relación con los adolescentes, la prevalencia nacional combinada con el sobrepeso y obesidad fue alrededor de 35.8% para el sexo femenino, y 34.1% para el sexo masculino del total de la población de este grupo etario (OPS/OMS, 2015, p. 329). México se ubica en las primeras posiciones en el consumo de bebidas gaseosas y, aunado a lo anterior, la falta de ejercicio y una alimentación equilibrada nos da como resultado que este grupo de adolescentes encuestados sea vulnerable al sobrepeso y obesidad.

El padecimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el mundo va en aumento. Según estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían esta enfermedad en 2014 frente a 1 088 millones en 1980. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años (OMS, 2016, p. 1).

En el caso del estudio, 8.7% identifica sus niveles de glucosa dos veces al año, 7.9% conoce sus niveles de triglicéridos y colesterol y 27.1% se pesa y mide su circunferencia abdominal al menos dos veces al año, situación preocupante por la falta de autocuidado; sumado a los demás factores de riesgo éste grupo se verá afectado en su estilo de vida en una etapa productiva, serán futuros adultos con un déficit de salud, con factores de riesgo como la diabetes tipo 2, hipertensión, problemas cardíacos, entre otras.

El avance más importante de México contenido en el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OPS mostró el panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe: sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. La reducción en la prevalencia de desnutrición crónica infantil, que pasó de 40.4% en 1989 a 13.6% en el periodo 2011-2012, lo que representa una reducción de 27 puntos porcentuales. Además, a tres años de haberse aprobado un impuesto a las bebidas azucaradas en México, se observan efectos positivos en la disminución de la compra de este tipo de bebidas.

En un análisis de las políticas públicas para la promoción de dietas saludables, se informa que en el primer año de vigencia del impuesto, la compra de bebidas con azúcar añadida disminuyó 17.4% en el sector socioeconómico bajo, mientras que en los sectores socioeconómicos medio y alto la disminución fue de 5.6%, (FAO y OPS, 2017, p. 1). Sin embargo, en el grupo de adolescentes encuestados en este trabajo 53.4% consume al menos dos litros de agua al día, el resto se puede inferir que consume bebidas azucaradas o refrescos, aumentando los riesgos de patologías crónicas degenerativas.

Con respecto a la hipertensión arterial en adolescentes, estudios realizados en Cuba (Fuentes M., Alonso M., Martínez M., 2014, p. 309) Brasil, (Veloso J., Vilarouca A., Batista R., 2012, p. 4) y España (De la Cerda F., Herrero C., p. 178), coinciden en que existe una prevalencia en aumento debido a factores de riesgo de causas multifactorial es como es la falta de actividad física y alimentación inadecuada, entre otros, por lo que la educación para la salud a través del autocuidado se vuelve imprescindible para este tipo de población vulnerable. En éste caso particular, 12.3% de los encuestados realizan medición de su presión arterial dos veces al año, reflejando nuevamente en este grupo de estudio una falta de conocimiento integral para el cuidado de su salud.

En un estudio sobre prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en universitarios de enfermería, se encontró un predominio de la hipertensión arterial con 48% y diabetes mellitus tipo 2 con 41.2%. Es una situación preocupante que una proporción importante de jóvenes mexicanos sean propensos a padecer alguna enfermedad crónica degenerativa que afectará su estilo de vida y con ello su nivel de salud (Verde *et al.*, 2015, p. 5).

### La importancia del autocuidado en adolescentes

Las acciones de autocuidado se aprenden, se viven, dependen de las creencias, costumbres y prácticas habituales de la familia y la comunidad, pues la cultura del autocuidado comienza desde la niñez (Sánchez *et al.*, 2014, p. 4). La escuela, eje principal para el proceso enseñanza-aprendizaje del niño, también debe considerar el enfoque psicosocial para el desarrollo de actitudes y prácticas saludables (III Asamblea General de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, 2013, p. 4).

### Conclusiones

Los estudiantes del presente estudio se consideran capaces de cambiar sus hábitos para mejorar su salud, pero en esta investigación se detectaron comportamientos de riesgo. Los jóvenes en edades de los 15 a los 19 años merecen nuestra atención ya que conforman un grupo vulnerable no sólo en cuanto a enfermedades crónicas no transmisibles, sino en lo que concierne a embarazos no planeados y adicciones, entre otras. No cabe duda de que la familia y el entorno cotidiano juegan un papel muy importante para fomentar valores como el autocuidado de la salud del individuo.

Reflexionar sobre la función del sector educativo en general y de las universidades en lo particular en relación con los estilos de vida saludables, es una tarea ineludible.

Los esfuerzos realizados por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en el país no han sido suficientes para modificar el autocuidado que los jóvenes pueden implementar para mejorar su salud.

Crear estrategias encaminadas desde la familia, escuela y trabajo para modificar hábitos de consumo parece complicado ya que la propia sociedad impone modelos que muchas veces no son los más saludables.

Reforzar en los programas y planes de estudio de enseñanza básica, media superior y superior, las teorías y concepción del autocuidado permitirá una formación académica encaminada a mejorar los estilos de vida saludables.

### Referencias bibliográficas

- Cerda Ojeda de la F., Herrero Hernando C. Hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Asociación Española de Pediatría*. [www.Aeped.es/protocolos/ISSN 2171-8172](http://www.Aeped.es/protocolos/ISSN%202171-8172). p. 178.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT. 2012). Citado en: *La experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública*. OPS/OMS. (2015). México, CDMX, OPS, p. 32.
- Foster P., Janssens N., George J. et al. (1993). *Teorías de Enfermería*. Porto Alegre: Artes Médicas, Brasil, cap. 7, pp. 90-107.

- Fuentes Maire O., Alonso Cordero M., Rodríguez Carrasco M., Martínez Pérez M. (2014). Morbilidad oculta por hipertensión arterial en adolescentes, *Rev. De Ciencias Médicas*, La Habana, Cuba. 20 (3), pp. 308-319.
- González Chordá V., Salas Medina P., Mena Tudela D. Autocuidado y educación terapéutica en diabetes. Una revisión bibliográfica. *Rev. Científica de Enfermería*, núm. 5, nov. de 2012, pp. 1-18, México.
- Hernández-Ávila, Gutiérrez, J., Reynoso-Noverón, N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 2, 2013, pp. S129-S136. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. México, D. F.: INSP; 2012. Disponible en [http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet\\_ResultadosNacionales14Nov.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf). Acceso el 15 de diciembre de 2016.
- Márquez Hernández V., García Castillo A., Márquez Hernández A., Magaña Mañas Educación sanitaria en enfermedades crónicas <https://w3.ual.es/.../JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUC>. Recuperado el 20 de junio de 2017.
- Montaño Arenas G., Torres Lagunas M., Santillán Acosta M., Robles Mendoza L. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en universitarias del área de la salud. *Rev. Enfermería Universitaria*. ENEO-UNAM. vol. 5. Núm. 2, abril-junio de 2008, pp. 16-21. México.
- Olivella Fernández M., Bastidas Sánchez C., Castiblanco Amaya M. (2012). La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *Rev. Aquichán*. Bogotá, Colombia, p. 2.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud (2017). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional*, México, p. 1.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Informe Mundial sobre diabetes*.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *La experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública* (2015). México, CDMX, OPS, p. 32.
- Romero Banquedano I., Antonio dos Santos M., Aparecida Martins T., Zanetti M. Auto-cuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencias en México. *Rev. Latino-Am*, nov-dic, pp. 1-9, 2010, Brasil.
- Sánchez M., Álvarez A., Flores T., Arias J., Saucedo M. El reto del estudiante universitario ante su adaptación y autocuidado como estrategia para disminuir problemas crónicos degenerativos. *Educación y salud boletín científico de ciencias de la salud*, vol. 2, núm. 4. 2014 [citado 2015 enero 13]; 2(4). Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/e7.html>.
- Universidades Promotoras de la Salud. Declaración conmemorativa de los diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas (2003-2013). Aprobado en la III Asamblea General de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS), 20 de marzo de 2013 – San Juan de Puerto Rico. Disponible en: <http://bit.ly/12au8w1>, consultado 20 de junio 2017. p. 4.
- Veloso Costa J., Vilarouca Silva Ada, Moura Holanda I., Batista Nunes R., Evêncio Bernardes L., César Almeida de P. (2012). Análisis de los Factores de riesgo para la hipertensión arterial en adolescentes escolares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Brasil, 20 (2), p. 4.
- Verde Flota E., Rivas Espinosa, Villegas Ramírez R., Covarrubias López Esmeralda, Rivero

Rodríguez y Ramírez Posada E. (2015). Estudio sobre prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en universitarios de enfermería. *Revista Electrónica Portales Médicos*. España. 2015



## DIMENSIONES DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL DE LA UNAM

Aída Valero Chávez, Ezra Ramón Noria Moreno

### Resumen

Presentamos una investigación cuantitativa y cualitativa en torno a los conocimientos que tienen los estudiantes universitarios sobre alfabetización en salud (AES) a fin de identificar el grado en que las variables demográficas, los recursos, las capacidades y los conocimientos previos afectan las habilidades de AES y el grado en que las habilidades de AES influyen en diferentes mediadores y resultados; y describimos la relación entre la alfabetización de la salud, la comprensión de la información de salud, hábitos de salud y el comportamiento de la salud.

Podemos notar que 7.92% obtuvieron un índice de AES entre 16 y 17 puntos, el cual representa una AES insuficiente; las mayores frecuencias se encuentran en valores bajos mientras que las menores se encuentran para los valores más altos del índice de AES.

Puede observarse que en la experiencia obtenida los resultados permiten afirmar que a pesar de tratarse de jóvenes universitarios el nivel de AES apenas es suficiente, lo que implica un reto importante para iniciar acciones de educación y promoción de la salud.

*Palabras clave: salud, estudiantes, alfabetización, promoción en salud.*

### Abstract

We conducted quantitative and qualitative research on health literacy (HL) skills among university students to identify the extent to which demographic variables, resources, skills and prior knowledge affect HL skills and the extent to which HL skills influence different mediators and outcomes and describe the relationship between HL, understanding health information, health habits, and health behavior.

We can observe that of the 202 questionnaires, 16 of them (7.92%) obtained a HL index between 16 and 17 points, which represents an insufficient HL, the highest frequencies are in low values while the smaller ones are found for the highest values of the HL index.

It can be observed that in the obtained experience the results allow to affirm that in spite of being university students the level of literacy in health is scarcely sufficient, implying a major challenge for initial action of education and promotion of health.

*Key words: health, students, literacy, health promotion.*

### Introducción

El tema de la salud pública en México ha venido asumiendo a lo largo de las últimas décadas un carácter trascendental y urgente, debido a la preocupación que suscitan los altos índices de mortalidad/morbilidad que aumentan año con año a causa de las principales enfermedades presentes en la población como son la diabetes, la hipertensión, el cáncer y la obesidad, entre otras.

Esta situación está presente en muchos países que tienen formas de vida y de cultura similares. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece en su constitución oficial, publicada en 2006, una serie de principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos, entre los cuales podemos destacar:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los estados.

La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Por su parte, el artículo 4 de la Constitución Política de nuestro país establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del capítulo 73 de esta constitución”.

Bajo este marco legal se crea el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que define los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud en un marco guiado por el ordenamiento jurídico aplicable en materia de salud y por el Plan Nacional de Desarrollo del mismo periodo. Cabe señalar que existe también la Ley General de Salud, promulgada desde 1984 y reformada periódicamente, donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Si bien, a pesar de la existencia de políticas públicas y estrategias destinadas a la salud en México, en cuanto a atención y prevención se refiere, los datos que arrojan los estudios estadísticos más actuales reflejan resultados poco alentadores respecto de la salud pública, sobre todo en aquellos estados de la república con mayores niveles de pobreza y desigualdad.

Un tema de preocupación fundamental radica en el hecho de que el gasto no ha disminuido proporcionalmente, ya que tan solo en el año 2013, según datos del INEGI, el costo generado por las actividades para la prevención, recuperación y mantenimiento de la salud es equivalente a 5.7% del producto interno bruto de la economía nacional, ascendiendo a 910 850 millones de pesos, principalmente a través de servicios hospitalarios con 21.3%, 16.5% corresponde a los servicios de consultorios médicos; 15.4% a al compra de bienes sanitarios; 10.2% a la fabricación de medicamentos y materiales de curación y 8.7% al gasto de la administración pública federal y estatal del sistema de salud. “Respecto al gasto de que realizan los hogares en bienes y servicios de salud, por cada 100 pesos de gasto en salud de estos hogares, 65 corresponden a la adquisición de medicamentos y materiales de curación; 15.9 pesos se destinan a consultas médicas y 6.9 pesos se gastan en servicios hospitalarios” (INEGI, 2013).

Como podemos observar, la mayor parte del gasto económico del país en el tema de salud, es destinado al uso de hospitales y medicamentos. Es por ello que resulta de gran

importancia intervenir a través de todos los medios posibles, en materia de previsión y prevención de la salud, con el fin de generar procesos de transformación respecto de los altos índices de mortalidad y morbilidad en el país.

Con base en la información expuesta anteriormente, donde es posible apreciar que, pese a que se le destina anualmente una gran cantidad de recursos económicos, materiales y humanos a las áreas de prevención, tratamiento y mantenimiento de la salud de la población en México, ciertos padecimientos y causas de muerte parecen no disminuir, por el contrario, se incrementan sus números.

Hoy en día se tiene al alcance más información que nunca para lograr llevar una vida sana, adquirir estilos de vida saludables, adoptar acciones que nos ayuden a prevenir las enfermedades o para involucrarnos activamente en los tratamientos de las enfermedades que padecemos, pero ¿estamos preparados para acceder a esta información, entenderla, procesarla y aplicarla adecuadamente a nuestras circunstancias particulares?

Ante este panorama y entre las diversas disciplinas propias del campo de la salud, la profesión de trabajo social es y debe ser el enlace inmediato entre el conjunto de la sociedad y los profesionales de la salud por lo cual resulta de vital importancia que esta disciplina genere conocimiento y adopte medidas que coadyuven al objetivo primordial de mejorar la calidad de vida de la población, reducir los riesgos y evitar un mayor panorama de pobreza en un futuro.

De esta manera surge esta investigación, con la intención de generar nuevo conocimiento en el área de la AES en la población; realizando una medición de las condiciones en las que se encuentra la comunidad estudiantil de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS), en cuanto a AES se refiere, tomando como base, tanto el Proyecto Europeo de alfabetización en salud (HLS-EU European Meath Literacy Survey), como el Proyecto del Consorcio Internacional de Alfabetización en Salud en América Latina y el Caribe.

En una escala de intervención más pequeña, pero no menos importante, se aplicará este estudio en la ENTS, esperando que los resultados que se obtengan, además de ser confiables, puedan servir de base para futuras mediciones e investigaciones en otras facultades y universidades, contribuyendo con ello al futuro de la investigación de la UNAM en temas poco estudiados.

Con base en la información obtenida hasta el momento sobre la situación actual de la salud en México, así como en los antecedentes de mediciones de AES en otros países, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las condiciones de AES, en las que se encuentran los estudiantes de licenciatura de la UNAM? ¿Qué habilidades de alfabetización en salud tienen los estudiantes de la ENTS? ¿Cuál es la relación entre la AES, la comprensión de la información de salud, los hábitos de salud y el comportamiento de los estudiantes acerca de la salud?

#### *Objetivo general*

Describir las condiciones AES que tienen los jóvenes estudiantes de la licenciatura en trabajo social.

#### *Objetivos específicos*

Identificar las capacidades y habilidades que tienen los estudiantes de la licenciatura en trabajo social respecto al autocuidado de su salud.

### *Diseño metodológico*

Estudio exploratorio y descriptivo, de campo, aplicado a una muestra al azar simple de estudiantes de 2o., 4o., 6o. y 8o. semestres de la licenciatura en trabajo social, con edades de entre 18 a 24 años. El índice general de AES se basó en las medias de 47 variables del instrumento del HLS-EU y se ha estandarizado entre 0 y 50, siendo 0 el valor de una AES mínima y 50 la máxima.

A su vez, la puntuación alcanzada permite definir cuatro niveles de alfabetización en salud: inadecuada, problemática, suficiente y excelente.

### *Consideraciones éticas*

Esta investigación fue aprobada por el Comité Interno de Programa para la Formación de Jóvenes a la Investigación en Trabajo Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM.

### *Espacio, población y muestra*

El espacio de estudio fue la ENTS ubicada en el campus de Ciudad Universitaria de la UNAM, en la Ciudad de México.

La población objetivo a la que se dirigió esta investigación es una muestra no probabilística de 200 estudiantes, 50 instrumentos aproximadamente a cada uno de los cuatro semestres del presente periodo escolar (2o., 4o., 6o., y 8o.) además de encontrarse inscritos de manera oficial en los semestres pertenecientes al periodo 2017-2, cuya edad oscilara entre 18 y 24 años.

### **Técnicas: observación, entrevista semi-estructurada.**

Instrumentos. Se aplicó la Encuesta Preliminar para la Medición de Alfabetización en Salud HLS-EU (European Health Literacy Survey), versión en español latinoamericano, traducción no oficial del instrumento original usado en el HLS-EU (University of Maastricht, 2012), consistente en 47 reactivos.

Además, se anexó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas las cuales pretenden conocer, desde el autoconocimiento del estado de salud, hasta los principales hábitos relacionados a un estado de vida saludable, como son fumar, beber y si practican actividad física, así como su relación con los servicios de salud de la universidad y como autogestionan su salud.

### **Metodología de medición del estudio**

Para conocer las condiciones de salud de dicha población se procesó la información obtenida de los instrumentos en el programa estadístico SPSS v.23 el cual dio como resultado una serie de puntajes que se exponen a continuación a través de gráficas, cuadros e índices, con respecto de diferentes variables de la salud y estilo de vida.

El índice general de AES se basa en las medias de las 47 variables del instrumento del HLS-EU y se ha estandarizado entre 0 y 50, siendo 0 el valor de una AES mínima y 50 la máxima. A su vez, la puntuación alcanzada permite definir cuatro niveles de alfabetización en salud:

208 o más puntos	AES nula
162-207 puntos	AES inadecuada
116-161 puntos	AES problemática
70-115 puntos	AES suficiente
47-69 puntos	AES excelente

La escala de respuestas que propone este instrumento abarca los siguientes grados de dificultad con su respectiva significancia donde:

Muy fácil	1 punto
Relativamente fácil	2 puntos
Relativamente difícil	3 puntos
Muy difícil	4 puntos
No sé	5 puntos

Entre más bajo sea el sumatorio total de cada instrumento, el grado de AES de cada persona será más alto, y entre más alta sea la suma total de las respuestas el grado de AES tenderá a bajar.

Para realizar los cálculos se agruparon las preguntas por dimensiones y niveles se les sacó el promedio o media aritmética. Por ejemplo, para los ítems 7, 8, 9 y 10, el promedio es 3.05, el promedio de los ítems del 11 al 14 le corresponde 2.94 y así sucesivamente.

Se anexa el instrumento.

## Resultados

### *Acerca de la capacidad de encontrar información y ayuda sobre los síntomas de enfermedad.*

Alrededor de 80% de la población encuestada refiere que le resulta relativamente fácil y muy fácil encontrar información sobre los síntomas que les preocupan; 16% afirma que le resulta relativamente difícil y 3% muy difícil. Estos datos nos hacen pensar que gracias a la inmediatez y sencillez que proporcionan herramientas como internet y los medios digitales, encontrar información resulta una tarea aparentemente fácil para los jóvenes universitarios.

A una cuarta parte de la población le resulta muy fácil encontrar ayuda profesional al enfermarse, mientras que a 42% le resulta relativamente fácil. Sin embargo, a una tercera parte de la población le resulta relativamente difícil y muy difícil con 27% y 5% respectivamente.

El hecho de que todos los sujetos de estudio sean estudiantes jóvenes, representa un aspecto positivo en general, ya que, por lo regular en todos los niveles de educación, como son primaria, secundaria y bachillerato, se orienta e instruye a los alumnos sobre las principales enfermedades y a dónde acudir en caso de presentarlas.

No obstante, es preocupante el hecho de que un amplio sector de estudiantes (33%) refiera tener dificultad para averiguar dónde encontrar ayuda profesional si llegan a enfermarse.

## Entendimiento de lo que indica el profesional de la salud

Al preguntar a la población sobre qué tan fácil o difícil les resulta entender lo que dice el profesional de la salud, las respuestas relativamente fácil y muy fácil agrupan 61% de frecuencia. Por otro lado, las opciones relativamente difícil y muy difícil presentan también un resultado elevado, ya que representan 36% de frecuencia de respuesta, mientras que 3% de la población encuestada refiere no conocer si les resulta fácil o difícil tal situación. Es muy preocupante que el índice de personas que respondieron relativamente difícil o muy difícil sea tan elevado. Esto supone que existen carencias o dificultades, ya sea en la transmisión de la información por parte del especialista o que el paciente no cuenta con los conocimientos y habilidades suficientes para entender o procesar dicha información.

## Habilidad para reaccionar frente a una emergencia médica

Un dato que llama la atención es que sólo 8% de los encuestados, encuentra muy fácil el saber reaccionar frente a una emergencia médica, mientras que a 34% le resulta relativamente fácil hacerlo. Por el contrario, a más de la mitad de la población esta habilidad le resulta relativamente difícil o muy difícil, con 40% y 14% respectivamente, y 4% refiere no saber qué hacer frente a esta situación.

Este fenómeno es posiblemente uno de los más frecuentes en la población mexicana, ya que al día de hoy son muy pocas las instituciones que se encargan de instruir a las personas para saber qué hacer en caso de una emergencia médica propia o de algún individuo cercano. Algunas de estas instituciones pueden ser hospitales, escuelas o centros de trabajo.

Sin embargo, la mayoría de la población carece de información precisa y confiable para desarrollar esta habilidad, por lo cual, cuando se llega a presentar una situación así el implicado tiende a tener reacciones tardías para llamar a una ambulancia o practicar primeros auxilios si son necesarios.

## Comprensión de las instrucciones del médico sobre la medicación

Un gran porcentaje de jóvenes universitarios comprende de manera muy fácil (28%) y relativamente fácil (55%), las instrucciones que da el profesional de la salud respecto de cómo administrar los medicamentos. Sólo a 13% le resulta relativamente difícil y a 4% muy difícil.

Encontrarse en estado de enfermedad representa un verdadero problema, tanto para la persona que lo vive como para su círculo de personas cercanas. La situación se torna más complicada si la enfermedad es grave, por lo tanto, los intentos por resolver el problema de salud generan en el individuo que atiende a todas las instrucciones que le brinda el profesional de la salud respecto de cuidados y de ingesta de administración de medicamentos.

Los jóvenes universitarios, por su condición de estudiantes, inmersos en un ambiente científico y educativo, tienen una mayor ventaja al momento de entrevistarse con el médico o especialista de la salud, lo que da como resultado que la mayoría de ellos presenten menor dificultad para comprender las instrucciones del médico, y con ello lograr una mejoría más inmediata.

## Capacidad para evaluar los diferentes tratamientos médicos

Al 35% de los estudiantes le resulta relativamente fácil evaluar las ventajas y desventajas acerca de los diferentes tratamientos médicos que existen. Sin embargo, el porcentaje de jóvenes que afirmó que el realizar esta tarea le resulta relativamente difícil es de 37%. Para 15% de ellos evaluar esta información es realmente muy difícil.

Juntando estas dos últimas opciones de dificultad, tenemos como resultado que más de la mitad de esta población tiene problemas para evaluar un tratamiento, sólo 11% contestó que realizar esta actividad es muy fácil y sólo 2% no es capaz de poder evaluar la información.

## Habilidad para evaluar de los beneficios del tratamiento médico

El grado de dificultad para evaluar los beneficios que produce un tratamiento médico u otro puede variar respecto del grupo etario, el nivel educativo o el sistema de salud en el que este se encuentre esa persona. Sin embargo, el realizar una evaluación asertiva debe convertirse en una tarea que requiera de consultar información en documentos certificados u oficiales para no tener complicaciones ante un tratamiento que no sea apto y ponga en riesgo la salud.

## Capacidad para juzgar la información que aparece en los medios

El 73% de los estudiantes mencionan que le es relativamente fácil juzgar información que aparece en los diversos medios de comunicación sobre las enfermedades, 27% menciona que le resulta relativamente fácil poder juzgar esta información, 18% le resulta muy fácil, 15% afirmó que le es muy difícil y 3% simplemente no sabe si podría hacer estos juicios.

La sobreproducción de información que existe hoy en día tanto en medios digitales (televisión, internet, foros, radio etc.) como físicos, respecto de las enfermedades, sus síntomas y tratamientos, se encuentra al alcance de la mayoría de la población, sin embargo, este hecho provoca que mucha de esta información no siempre sea de fuentes confiables o personas expertas en los temas de la salud, por lo tanto, se convierte en una tarea complicada y confusa.

## Capacidad para seguir las instrucciones del médico

De la población encuestada 35% refiere que le es muy fácil seguir las instrucciones que le brinda el médico a la hora de enfermarse. Asimismo, 47% indica que le resulta relativamente fácil. Si se suman estos porcentajes, se obtiene más de 80% de las personas que aparentemente saben usar la información del profesional de la salud en caso de enfermar. Sólo 18% alude dificultad a esta tarea.

Es muy probable que las capacidades intelectuales y cognitivas que generalmente caracterizan a las personas jóvenes influyan bastante en la forma en que éstas procesan la información que brinda un médico, y la llevan a la práctica en caso de requerirla, si bien el buen funcionamiento de la memoria de un sujeto, así como su nivel educativo, coadyuvan de manera positiva en que este lleve a cabo un buen tratamiento de la enfermedad.

Aparentemente, el encontrar información sobre cómo enfrentar problemas de salud mental, es una tarea que les resulta más fácil que difícil a los jóvenes universitarios de la ENTS, ya que la tendencia de respuesta para esta variable se encuentra ligeramente equilibrada entre las categorías de fácil (60%) y difícil (40%), asumiendo que la opción no sé representa el poco o nulo conocimiento del encuestado respecto de la pregunta o su incapacidad para discernir entre una opción y otra.

El hecho es que los trastornos asociados al cerebro humano han cobrado mayor atención e importancia en el mundo contemporáneo de la salud, debido a que los índices de estrés, ansiedad, depresión e ideación suicida se han incrementado notablemente en las últimas décadas, y sobre todo en personas jóvenes.

Es por ello que, para aquellas personas jóvenes que tienen fácil acceso a los medios electrónicos, predominantemente nativos digitales, resulta fácil el poder encontrar gran cantidad de información relacionada con la salud mental, desde los síntomas, tratamiento y experiencias de personas que padecen dichos síntomas.

Sin embargo, no pasa lo mismo con aquellas personas cuyo acceso a estos medios es limitado, o que encuentran difícil poder discernir entre toda la información disponible respecto del tema.

### **Capacidad para encontrar información para la prevención de enfermedades**

Encontrar información sobre cómo prevenir o enfrentar un problema de salud es mayormente una tarea fácil para la población joven de la ENTS, donde a 46% le resulta relativamente fácil y a 24% muy fácil. En sentido opuesto, 23% de las personas lo encuentra relativamente difícil y sólo 6% muy difícil.

Al ser la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el cáncer las principales causas de muerte en este país, son demasiadas las campañas y medidas de la política pública las que se encargan de producir y difundir la información relevante respecto de dichas enfermedades; por lo tanto, no es sorprendente el hecho de que la población pueda tener acceso a esta información, particularmente las personas jóvenes, debido a que el objetivo es la prevención de estas enfermedades para el futuro.

### **Capacidad para comprender y juzgar las campañas de salud**

Para los jóvenes universitarios de la ENTS, es muy fácil (49%) y relativamente fácil (43%) la comprensión de aquellas campañas que buscan generar conciencia sobre los riesgos que conlleva tener malos hábitos para la salud. Contrariamente, sólo 8% percibe como difícil esta tarea.

Es claro que para la mayoría de la población en México resulta fácil poder entender los riesgos que conlleva el vivir con hábitos dañinos para la salud, como fumar, beber, mal alimentarse o llevar una vida sedentaria, debido a que toda la información referente a estos temas se ha simplificado para que pueda ser entendida por todos los sectores de la población.

Sin embargo, el hecho de que la mayoría de las personas pueda comprender el mensaje no significa necesariamente que lo lleven a la práctica ni que le den la justa importancia que tiene, lo que a su vez provoca que los índices de mortalidad y morbilidad a nivel nacional no se reduzcan, sino todo lo contrario.

Más de la mitad de la población encuestada (62%) manifiesta que le es fácil saber qué vacunas debería ponerse. En cambio, 38% lo ve como difícil.

Por lo anterior, se puede observar que la mayoría de los jóvenes universitarios de la ENTS afirman saber qué vacunas deberían ponerse; sin embargo, no podemos saber a ciencia cierta si conocen el cuadro completo de vacunas y refuerzos que una persona debe tener durante las etapas de su vida, y si llevan estos conocimientos a la práctica.

### **Capacidad para juzgar la información en los medios de comunicación sobre los riesgos de la salud**

Se observa que más de la mitad de la población encuentra relativamente fácil (42%) y muy fácil (22%) juzgar información ofrecida por medios de comunicación sobre los riesgos a la salud de ciertos medicamentos o alimentos. Por otro lado, 24% de los encuestados lo ve cómo una tarea relativamente difícil y 12% cómo muy difícil.

La gran cantidad de información que circula diariamente en los medios de comunicación, misma que informa sobre los diversos riesgos que puede ocasionar el consumo de ciertos alimentos, bebidas o medicamentos, complica la habilidad de poder generar juicios acertados sobre dichos productos. A pesar de ello el hecho de que una persona pueda generar un juicio a partir de cierta información, no significa que tome medidas para evitar los riesgos de ingerir productos dañinos para la salud.

Un ejemplo de esto es que a pesar de la gran difusión de información preventiva sobre alimentos y bebidas que provocan enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión o cáncer, México ocupe el primer lugar en obesidad infantil, el segundo en obesidad adulta y uno de los primeros lugares en diabetes a nivel mundial.

Con alrededor de 60%, las respuestas muy fácil y relativamente fácil son las que predominan en el momento de cuestionar a los jóvenes universitarios acerca de si toman decisiones sobre cómo prevenir enfermedades a partir de los consejos de su familia y amigos. El 40% restante lo ocupa predominante la opción relativamente difícil (29%) y muy difícil (8%).

En México el papel que juega la familia es importante para la mayoría de sus pobladores. Al ser ésta la principal red de apoyo de un individuo, es normal que cualquier decisión importante que se tome sea consultada y tenga el apoyo de la misma.

De igual manera, la familia es la encargada de formar al individuo durante sus primeros años de vida y hasta la etapa adolescente, donde generalmente se comienza a tener relaciones con otro tipo de personas, que también son de gran importancia, por lo que muchos de los conocimientos y orientación que una persona recibe son brindados por estas redes sociales.

### **Habilidad para encontrar información sobre hábitos que favorezcan etilos de vida saludables**

Más de 30% de las personas encuestadas opina que le resulta muy fácil encontrar información sobre hábitos que favorecen estilos de vida saludables, mientras que 50% lo refiere como relativamente fácil y 15% lo ve como algo difícil.

Cada día son más los jóvenes que adoptan hábitos de vida saludable, como ingerir alimentos orgánicos, adoptar dietas vegetarianas e inscribirse en programas de activación física. El objetivo puede ir desde tener un cuerpo estético, hasta vivir una vida sin el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas.

Sin embargo, la balanza tiende a inclinarse en su mayoría hacia aquellos jóvenes que debido a sus costumbres o contextos de vida agitada, ven limitadas sus posibilidades de mantener hábitos de alimentación saludables, así como de practicar ejercicio o de evitar el consumo de sustancias nocivas, por lo cual el hecho de contar con cierta información útil respecto a la salud no garantiza que ésta sea empleada como se esperaría.

### **Habilidad para informarse sobre los cambios políticos que afectan la salud**

Hablar sobre asuntos del ámbito político de este país resulta una labor complicada y de gran controversia, llegándose a considerar por muchos expertos como un tema tabú, por lo cual, muchas de las personas prefieren mantenerse al límite de todo lo que tenga que ver con ello. Sobre la habilidad de informarse de aquellos cambios en el ámbito político que pueden afectar a la salud de la población; la mayor parte de la población difiere entre a través de las opciones relativamente fácil (30%) y relativamente difícil (35%). Sin embargo, la opinión se orienta más a la dificultad para realizar esta tarea, ya que a 13% le resulta muy fácil, mientras que a 17% le resulta muy difícil, y por último, 5% de los encuestados refiere no saber o no poder realizar dicha tarea.

La población joven no es la excepción, pero esto no significa que un gran sector de jóvenes, y más los pertenecientes a un ámbito de educación superior, no se informen ni se involucren en los temas políticos que de manera indirecta o directa afectan a la población en general.

Sin embargo, al analizar esta variable, podemos darnos cuenta que es mayor el porcentaje de jóvenes universitarios encuestados a los que les resulta difícil o muy difícil, informarse sobre aquellos cambios en el ámbito político que afectan a la salud propia y de su comunidad. Cabe señalar que, para los estudiantes de trabajo social, el mantenerse informados y conocer los ámbitos políticos, jurídicos y legislativos a través de los cuales se determinan medidas y acciones que perjudican o benefician a la población en general debería ser una tarea fácil de realizar en la vida cotidiana.

### **Habilidad para comprender la información nutrimental de los alimentos**

De la población encuestada 56% manifiesta que le resulta fácil comprender la información nutrimental de los envases de alimentos. Pero las opciones relativamente difícil (27%), muy difícil (16%) y no lo sé (1%) muestran que la información es insuficiente.

Una de las posibles causas que explican esta disparidad puede ser el hecho de que los programas educativos en México a nivel público, integran sólo aspectos básicos de nutrición y cuidado de la salud, por lo cual muchos de los jóvenes, y posiblemente adultos, no pueden comprender con exactitud los cuadros nutricionales de los envases de alimentos, además de que el entenderlos implica también ciertos conocimientos en el área de la química, sin dejar de mencionar el papel de la publicidad engañosa que se transmite en distintos medios de comunicación.

## **Capacidad para comprender información sobre un buen estado de la salud mental**

Más de 60% de jóvenes refieren que comprender la información sobre cómo mantener un buen estado de salud mental es una tarea fácil, mientras que más de 30% lo considera como difícil de hacer.

Aparentemente, la capacidad de comprender esta información puede ser una tarea que no implique demasiada dificultad, sobre todo para los universitarios de la ENTS, debido a que en el plan de estudios de la carrera de trabajo social existen materias como salud mental o psicología social, mismas que orientan a los estudiantes sobre temas de la conducta humana, trastornos mentales y cuidado de la mente, entre otros.

Será crucial desarrollar mediciones más exactas acerca de los principales trastornos y afecciones mentales en la comunidad universitaria, ya que año con año los índices de ansiedad y depresión aumentan y se vuelven más preocupantes.

## **Habilidad para evaluar si las condiciones de vivienda influyen en el mantenimiento de la salud**

A la cuestión de que tan fácil o difícil les resulta evaluar qué tanto las condiciones de sus viviendas influyen en el mantenimiento de la salud, los jóvenes universitarios refieren que es fácil (61%), y difícil (36%), mientras que sólo 3% advierte no saber si esta situación le resulta fácil o difícil.

Como sabemos, el tema de la vivienda forma parte de la concepción multidimensional de la pobreza y esta, a su vez, guarda gran relación con el tema de la salud y las necesidades básicas de un ser humano.

Al ser el hogar el entrono primario de una persona, es de gran importancia que éste cuente con ciertos elementos básicos que garanticen la seguridad y, en el mejor de los casos, el confort de sus habitantes. El primer paso para lograr que un hogar cuente con estas características antes referidas, es que sus propios habitantes sean capaces de evaluar las condiciones del mismo, y en el caso de que éstas no sean las óptimas, implementen medidas para lograrlo, entre ellas, hacer de este hogar un entorno saludable.

## **Habilidad para evaluar las costumbres diarias acerca del cuidado de la salud**

Más de dos terceras partes de la población encuestada están de acuerdo en que el evaluar cuáles de sus costumbres diarias están relacionadas con su salud se trata de una tarea muy fácil y relativamente fácil, mientras que 26% le atribuye cierta dificultad a la misma.

Particularmente lo jóvenes, al contar con cierta preparación escolar, así como con el apoyo de sus familias, en la mayoría de los casos evalúan correctamente un amplio conjunto de información obtenida a través de los medios de comunicación; tienen la ventaja de poder observar su propio contexto, sus hábitos, costumbres, necesidades y preferencias, y tienen la oportunidad de poder realizar cambios y tomar decisiones que mejoren sus estilos de vida.

Sin embargo, el hecho de que una persona pueda observar y evaluar sus costumbres o hábitos negativos que afectan su propia salud, no significa que tenga la facilidad para generar aquellos cambios que mejoren su estado de salud. Ejemplo de ello, son aquellas personas que suelen aceptar que están cometiendo errores respecto a su alimentación o en el consumo de sustancias nocivas, pero que no tienen el poder de voluntad o no tienen los incentivos suficientes para poder generar verdaderos cambios en sus hábitos.

Como ya se ha señalado, un gran sector de jóvenes universitarios refiere facilidad para encontrar información útil y relevante sobre estilos de vida saludable, así como la capacidad de poder juzgar y evaluar de entre todo ese conjunto de datos, los aspectos de mayor prioridad para alcanzar un estado de salud adecuado. Por consiguiente, son muchos los universitarios que tienen la voluntad de tomar decisiones conscientes que ayuden a mejorar su propia salud, como practicar algún deporte, dejar de beber o fumar, hacer dietas equilibradas, etc. No obstante, muchos jóvenes a causa de falta de tiempo, recursos o información adecuada, ven limitadas sus posibilidades de adoptar cambios en su estilo de vida, y por ende mejorar su salud.

### **Capacidad para participar en actividades que mejoren la salud de la comunidad**

Al cuestionarles a los jóvenes qué dificultad les representaba la acción de participar en actividades que mejoren el estado de salud y bienestar de su comunidad, la respuesta frecuente fue relativamente fácil, seguido de muy fácil, con 33% y 24% respectivamente.

En contraparte, la opción relativamente difícil (23%) y muy difícil (17) se muestran con gran porcentaje de respuesta, mientras que sólo 3% de los encuestados refiere no saber qué tan difícil les resulta esa acción, debido a que tal vez nunca se han visto en la necesidad de participar en actividades en pro del bienestar de su comunidad.

El tomar parte de las necesidades y actividades del lugar en donde una persona vive, depende en cierta medida de algunos factores, como el grado de cohesión social existente, la eficacia con la que los gobiernos locales ejercen su autoridad, así como el poco o mucho nivel de participación individual de sus pobladores.

Los jóvenes por su parte, son un sector muy importante para la consecución de cambios en beneficio del país, sobre todo aquellos que se encuentran inmersos en el ámbito educativo, por lo cual su participación en todas las esferas de la vida pública siempre es imprescindible. Sin embargo, los niveles de participación social de la población joven de México no son los esperados, en comparación con los niveles que experimentan otros países. Ejemplo de ello se puede observar en este gráfico, donde sólo alrededor de la mitad de los jóvenes encuestados refieren facilidad para participar en actividades que mejoren la salud y bienestar de la comunidad.

### **Percepciones de la propia salud**

En una proporción de 51% los alumnos de la ENTS consideran que su estado de salud es bueno; sin embargo, 48% lo considera regular o con algunos problemas de salud, y 1%, siendo un porcentaje mínimo, cree que su estado de salud es malo que se encuentra enfermo.

Las poblaciones juveniles, en términos generales, califican su estado de salud sin ninguna enfermedad de riesgo mayor, ya que es una etapa de vida en la cual el organismo humano se encuentra en buen estado en comparación con el de una persona adulta, siendo la edad un factor determinante. Otro factor de igual importancia para que un joven se encuentre en un estado de salud bueno, es el de la actividad física, mental, social y emocional, de igual manera el cuerpo responde mejor ante los estímulos que exige la vida cotidiana.

## **Acerca de los servicios médicos que tienen los estudiantes universitarios**

De los encuestados 88% cuentan con seguridad médica y 12% menciona no contar con ella, ni pública ni privada; sin embargo, aun cuando todos los estudiantes cuentan con un seguro médico, que la misma universidad les provee, existe un número aún elevado de estudiantes que no cuentan con ningún tipo de seguridad médica, lo que sin duda debe ser una prioridad a atender, ya sea para ellos mismos como para sus familias.

Es importante destacar que la totalidad de estudiantes universitarios tienen, por derecho, acceso a seguridad médica por parte del IMSS, aproximadamente tres cuartas de la población reconoció que cuenta con seguridad médica pública. Los jóvenes acuden al IMSS debido quizá a que no han realizado su registro previo en las clínicas que les corresponden, ya que prefieren acudir a consultorios médicos particulares más cercanos a sus hogares o tal vez no han tenido la necesidad de un profesional médico.

Dentro de los servicios que ofrece la UNAM a los alumnos inscritos en cualquiera de sus facultades, escuelas, institutos o planteles de bachillerato, destacan los que otorga el Centro Médico de la misma universidad como estudios de laboratorio, especialidades y consulta médica general, así como el área de urgencias y servicio psicológico, dental y psiquiátrico en sus respectivas facultades.

Empero, los más conocidos por la comunidad universitaria son la atención que brinda la Facultad de Odontología en sus diversas especialidades y la consulta general. El hecho de que estos servicios sean los más populares entre los jóvenes estudiantes puede deberse, en primer lugar, a que la consulta médica general es el primer filtro por el que atraviesa un paciente antes de ser canalizado a otras instancias médicas, en caso de ser requerido. Por otro lado, la atención odontológica y psicológica son de las más demandadas y conocidas por esta población; los costos más accesibles y la calidad que suponen por ser de la UNAM, son las razones por las que muchos estudiantes los prefieren.

La aparente razón por la cual una gran cantidad de jóvenes no han utilizado su seguro facultativo es, en primer lugar, porque no han tenido la necesidad de hacer uso de él o porque cuentan con otros servicios médicos.

Entre las principales razones que aluden las y los jóvenes acerca del hecho de no hacer uso del seguro médico facultativo están falta de tiempo, seguida de atenderse en servicios médicos privados, los cuales son utilizados para atender problemas de salud menores como resfriados, infecciones y chequeos para descartar riesgos mayores.

La tercera razón de gran peso es que en las unidades médicas familiares del IMSS el número de personas que se atiende por día es sumamente elevado por lo cual los tiempos de espera para realizar trámites o para recibir la atención suele ser demasiado largo,

hecho que provoca que muchos derechohabientes prefieran atender sus padecimientos no tan graves en otros lugares.

Las razones restantes, no por ello son menos importantes, son la desidia, la ubicación de las clínicas que en ocasiones está muy retirada para algunas personas, así como la falta de información acerca de los trámites necesarios para afiliarse a dicho servicio.

Uno de los motivos principales para que las y los jóvenes universitarios conozcan dichos servicios se debe a que durante el proceso de iniciación a la etapa universitaria la Dirección General de Atención a la Salud realiza un examen médico de primer ingreso a la comunidad universitaria y ofrece información a través de su página web acerca de los servicios de salud que se ofrecen en la UNAM; sin embargo existe un alto porcentaje de universitarios que a pesar de cursar semestres intermedios o avanzados de la carrera, aún no conocen los servicios a los que tienen derecho.

Los servicios médicos que más conocen los alumnos encuestados son consulta médica en 26%, el servicio de psicología con 17%, y 23% tiene conocimiento del servicio de odontología; le sigue el seguro facultativo, urgencias, ginecología y por último análisis clínicos, 8% dice conocer otros aunque no se hace mención de ellos.

Al momento de realizarse estudios clínicos, alrededor de 60% de los jóvenes encuestados refiere hacerlo por indicaciones del médico. Un 22% lo hace por prevención, y 18% por problemas de salud. Sólo 1% atiende a consejos o recomendaciones de amigos o familia para realizarse algún estudio clínico.

Si tomamos en cuenta que tanto la respuesta *indicaciones del médico como ha tenido problemas de salud*, son muy similares, estaríamos hablando de que casi 80% de los jóvenes universitarios se realizan estudios clínicos por el hecho de que se encuentran enfermos o con algunos síntomas preocupantes, y que suelen esperar hasta que un profesional médico indique que son necesarios dichos estudios.

En contra parte, se observa que sólo una quinta parte de la población es precavida respecto a su salud, y se realiza los estudios clínicos por prevención.

Este hecho nos alerta sobre un bajo nivel de AES por parte de los jóvenes universitarios, debido a que el tema de la prevención y la autogestión de la salud son de vital importancia para que una persona se encuentre en un estado óptimo de salud.

Del total de jóvenes universitarios encuestados, la mitad afirma utilizar la medicina alopática para resolver sus problemas de salud. La medicina tradicional ocupa el segundo lugar con 36% y la homeopática el tercero con 12%.

Es preciso resaltar que resulta sorprendente que la opción medicina tradicional acumule un gran porcentaje de preferencia (36%), ya que según el pie de página que se observa en el mismo instrumento de medición, esta forma de tratar la enfermedad se basa en las creencias, tradiciones y experiencias indígenas.

<sup>6</sup> *Medicina tradicional. Es el tipo de tratamiento basado en creencias religiosas y experiencias indígenas de diferentes culturas. Medicina homeopática. Es un sistema médico que se basa en el uso de sustancias en dosis infinitesimales, administrado en pequeñas dosis de sustancias minerales, plantas y animales. Medicina alopática. Sistema de tratamiento donde se emplean medicamentos, tratamientos con profesionales de la salud, generalmente con un enfoque científico.*

Este hecho apunta a que muchas de las personas en la actualidad aún recurren a métodos arcaicos, poco confiables y poco comunes en el actual contexto para mejorar su salud en caso de enfermedad, o bien, que ese gran porcentaje de personas que eligieron esta respuesta, pudieron confundirse y pensar que la medicina tradicional es la forma común de tratarse en hospitales, con médicos y medicamentos, lo cual denota que además de no conocer los conceptos de medicina alopática, homeopática y tradicional, no tuvieron el cuidado de leer los pies de página donde se explicaba cada una.

Un hecho que confirma este supuesto es que, en un gran número de instrumentos, los mismos jóvenes que afirman recurrir a la medicina tradicional, manifiestan que en el último año han visitado al médico en una o más ocasiones, que han sido hospitalizados o que se realizan estudios clínicos, lo cual puede probar la anterior afirmación.

Con respecto al hábito de fumar o no, 30% de los jóvenes universitarios declara fumar entre uno a tres cigarros por día, 2% fuma más de cuatro cigarros diarios, mientras que aproximadamente el 70% restante o no fuma o decidió no contestar esta pregunta.

El hecho de que sólo una tercera parte de la población encuestada fume puede indicar que existe un aparente nivel adecuado de AES por parte de los jóvenes universitarios. El hábito de fumar es una de las principales causas de enfermedad y muerte en el país y en la población mundial, por lo cual, las cifras de personas y sobre todo jóvenes fumadores debe reducirse aún mucho más, con el fin de evitar riesgos mayores en el futuro de estas mismas personas y de la sociedad.

Sin embargo, al tratarse de un vicio calificado como negativo y nocivo por parte de la sociedad, muchos de los adolescentes y jóvenes suelen negar este acto por temor a represalias de sus padres, hecho que puede influir en la confiabilidad de las respuestas a dicha pregunta.

Alrededor de 70% de los jóvenes estudiantes de la ENTS realizaron alguna actividad física que les demandara 30 minutos o más por día, a lo largo de dos o más días en la última semana. Por otro lado, 34% de los jóvenes no realizaron ninguna actividad en la última semana, a pesar de que la ENTS tiene áreas de acondicionamiento físico y varias disciplinas deportivas.

Es importante destacar que tanto la UNAM como la ENTS ofrecen a los estudiantes una gran variedad de actividades deportivas con diversos horarios para que casi cualquier alumno pueda formar parte de ellas. Por este motivo no es extraño que una gran cantidad de alumnado realice alguna actividad física ya sea dentro de la escuela o fuera de ella. Sin lugar a duda se trata de un gran reto el lograr que sea casi la totalidad de población juvenil la que realice algún tipo de deporte como recreación, pero principalmente en pro de su salud.

Del total de alumnos encuestados, 7% hace mención de que varias veces participan en actividades en su comunidad, 5% unas cuantas veces por semana, mientras que 4 y 2% de ellos mencionan participar varias veces al mes y por semana, respectivamente. La mayoría, 82%, dijo no tener participación de ningún tipo en su comunidad.

Es difícil tener una participación voluntaria en cualquier lugar si se trata de dedicar un cierto tiempo; sin embargo, es importante tener conciencia y cultura ante actividades que mejoren el lugar que habitamos; ya sea si se trata de pequeñas o grandes

acciones, es necesario que todos seamos partícipes de ciertas actividades. Por otro lado, los alumnos refieren, en el ítem 47 del primer instrumento, la dificultad que les resulta el participar en actividades que mejoren la salud de su comunidad, a lo que 57% respondió que se trataba de una tarea fácil y relativamente fácil; pero también se puede apreciar que aproximadamente 80% de la misma población encuestada refiere no tener un rol activo en su comunidad, lo cual puede indicar cierta contradicción en su opinión o en sus acciones.

Con base en la información proporcionada donde se explica el proceso metodológico a través del cual se define el grado de AES de una persona conforme a la dificultad que le requiere realizar ciertas acciones en torno a su salud, se procesaron los resultados obtenidos de los instrumentos que se aplicaron a la comunidad universitaria de la ENTS, de los cuales se realizó la sumatoria de puntos de cada uno de los instrumentos y se obtuvo una media de 102.01

Sin embargo, se puede observar que la frecuencia aumenta entre los puntos 80 y 119, por lo cual se puede deducir que existe un nivel de AES suficiente en la mayoría de jóvenes estudiantes de la ENTS, ya que, si bien los datos no se orientan en mayor medida a un grado de excelencia, tampoco se enfocan en grados de alfabetización problemática o de insuficiencia si considera que el valor número 1 corresponde a la opción de respuesta muy fácil, el 2 a la opción relativamente fácil, el 3 a relativamente difícil, el 4 a muy difícil y el 5 a la opción No lo sé.

## Discusión y conclusiones

La AES es un fenómeno que, de ser adecuado, da como resultado un individuo con un buen estado de salud, que previene enfermedades y hace todo lo necesario para autogestionar su propio bien; por el contrario, cuando no existe un adecuado estado de AES las personas no tienen conocimiento sobre cómo prevenir enfermedades y evitar situaciones de riesgo o si lo tienen no lo llevan a la práctica, lo cual trae como resultado un organismo enfermo.

Medir los conocimientos, habilidades y hábitos de la vida cotidiana resulta de gran importancia para generar diagnósticos sobre el estado de salud de un individuo o una población, y las posibles causas del porqué una persona se encuentra enferma o saludable, ya que con ello se pueden realizar estudios comparativos entre poblaciones con características similares o distintas, así como distintos grupos etarios.

Con base en el procesamiento de la información realizado mediante el programa estadístico SPSS, se obtuvo una serie de datos correspondientes a la suma de los puntajes de cada instrumento aplicado. La medición de estos puntajes refleja que existe, en términos generales, un grado suficiente de AES en los jóvenes estudiantes de la ENTS, aunque cabe señalar que hay estudiantes que demostraron tener un grado de AES casi excelente, así como hay otros que se sitúan en un grado problemático o nulo de AES.

De las dimensiones de AES, la población encuestada obtuvo un mayor grado en el área de la prevención de enfermedades, seguido de atención y cuidado y de promoción de la salud. Respecto de las capacidades la de entender-comprender es la que menos dificultad tiene entre los estudiantes, en segundo lugar la de aplicar-usar, la tercera es la de procesar-juzgar y por último la de acceder-obtener. No obstante, fue posible observar a través del proceso estadístico a la población que no existe demasiada diferencia entre

las dimensiones de la AES, entendiéndose en términos generales, a los jóvenes les resulta aparentemente fácil desarrollar ciertas tareas necesarias para gestionar y cuidar su propia salud, cuentan con los medios y los utilizan de manera adecuada, aunque existen ciertos campos de la AES que requieren de mayor atención y por ende deben ser mejorados.

**Las áreas donde los jóvenes estudiantes de la ENTS, tienen mayores grados de AES son:**

- Encontrar información sobre los síntomas que les preocupan.
- Encontrar información sobre cómo prevenir o abordar problemas de salud como hipertensión, obesidad, diabetes o algún tipo de cáncer.
- Encontrar información sobre hábitos que favorecen estilos de vida saludable.
- Comprender las instrucciones de los profesionales de la salud sobre cómo tomar medicamentos.
- Comprender mensajes de las campañas sobre riesgos de los malos hábitos.
- Usar la información que les brinda el médico cuando están enfermos.
- Evaluar cuáles de sus costumbres diarias están relacionadas con la salud.
- La mayoría de alumnos cuenta con seguro médico.
- Los alumnos conocen varios de los servicios de salud que ofrece la UNAM, los más conocidos son psicología, odontología y consulta general.
- Una gran parte de la comunidad encuestada no fuma y realiza actividad física con regularidad.

**En contraparte, las áreas en donde los alumnos deberían mejorar su AES son:**

- Comprender la información nutrimental en las etiquetas de los alimentos.
- Modificar conductas que afectan a la salud.
- Saber cómo reaccionar ante una emergencia.
- Evaluar ventajas y desventajas de diferentes tratamientos médicos.
- Juzgar si la información que aparece en los medios de comunicación es confiable.
- Informarse sobre cambios políticos que pudiesen afectar a la población.
- Participar en actividades que mejoren el estado de salud de su comunidad.
- No se realizan estudios médicos por prevención sino por indicaciones del médico.

La condición de ser una persona joven y estar cursando algún grado de educación superior parece influir de manera significativa en el hecho de tener un mayor grado de AES o al menos esto reflejan los resultados del instrumento que se aplicó en la población estudiantil de la ENTS.

Jóvenes de entre 18 y 28 años demostraron tener las aptitudes, conocimientos y habilidades suficientes para encontrar, en términos generales, fácil la realización de ciertas tareas relacionadas al cuidado, prevención y promoción de la salud.

El efectuar acciones como encontrar información a través de los distintos medios de comunicación, principalmente la internet, procesarla y generar un adecuado juicio de ella

con el fin de tomar las decisiones adecuadas para conseguir un mayor bienestar en cada uno de los aspectos de su vida cotidiana, parece ser una labor relativamente fácil para la mayoría de los jóvenes cuestión en la que influye el hecho de contar con la ventaja de ser universitarios y con ello adquirir diversos conocimientos en torno a las consecuencias que conlleva tener hábitos y estilos de vida dañinos para el cuerpo humano y para la salud emocional y mental de las personas.

En cuanto a la población universitaria joven de la UNAM es preciso tomar en cuenta aquellos puntos vulnerables sobre el autocuidado de la salud y la prevención de riesgos; en especial, en aquellos jóvenes que no conocen todos los servicios médicos que existen y a los que pueden tener acceso. De igual manera, sería ideal que todos los jóvenes estuviesen afiliados al seguro facultativo que les brinda la universidad y que hicieran uso de él.

Por otro lado, es crucial que las campañas de prevención y promoción de la salud, estén dirigidas a los jóvenes, con contenidos que logren incentivar su deseo por adoptar hábitos y medidas que mejoren la calidad de vida. También, debe existir mayor participación para informarse, juzgar y tomar parte activa de todas aquellas acciones que beneficien y ayuden a mejorar la salud de su propio entorno social.

Sin duda alguna, el fenómeno de la AES es un tema poco abordado y estudiado, pero de gran importancia, debido a que, en esencia, el grado en que una persona o conjunto social se encuentran alfabetizados en este ámbito determina los índices de salud o enfermedad presentes en dicha población.

Por tal motivo, representa una ventaja el hecho de realizar estudios que tengan la intención de conocer y analizar las deficiencias en cuanto a las competencias y habilidades de la población en el área de la salud, ya que al contar con esta información, será posible tomar acciones precisas y encaminadas a resolver aquellas necesidades y con ello prevenir daños mayores a largo plazo, tomando en cuenta que la pirámide poblacional se invierte con el paso de los años, y el amplio porcentaje de jóvenes que habitan hoy en día en el país en un par de décadas estarán convirtiéndose en adultos mayores, por lo que si no se atienden y corrigen los problemas de salud en el presente, muchos serán los adultos que tengan que enfrentar panoramas de enfermedad en una sociedad que tal vez no esté preparada para atender dicha problemática.

Ante este panorama resulta necesario que dichos estudios en torno a la AES de los mexicanos sean realizados en poblaciones con diversas características, como son: edad, género, situación socioeconómica, localización geográfica, nivel de estudios e inclusive en personas que presenten algún tipo de padecimiento o discapacidad.

Por esta razón, es pertinente que los instrumentos para medir la AES sean más precisos, objetivos y cualitativos, es decir que incluyan criterios de investigación con interrogantes más abiertas a conocer la opinión de las personas respecto a su salud, estilos de vida y no sólo con base en escalas cerradas, lo que podría dar como resultado que la información recopilada sea un poco más confiable.

Podemos comparar los resultados obtenidos en estudios similares realizados, por ejemplo, en la Universidad de Panamá, donde 62.0% de los estudiantes refiere una AES problemática e inadecuada, y 6.8% se encuentra con una AES excelente. En la dimensión cuidado de la salud 46.6% presenta una situación problemática y 19.7% inadecuada, 8%

excelente para la prevención de enfermedades; 34.9% de los estudiantes la considera problemática y 19.2% inadecuada y 11.7% excelente. En la dimensión de promoción de la salud, para 34.5% es problemática y para 17.7% inadecuada.

Por su parte, la Universidad de Concepción, en Chile, reporta en el Índice General de Alfabetización en Salud que 60.8% de los estudiantes se encuentra clasificado en las categorías de inadecuado y problemático. Respecto de la dimensión prevención de enfermedades 37.7% es problemático, 18.2% inadecuado, el 8.5% se consideró excelente. En la dimensión promoción de la salud 38.4% se señala como problemático, 23.1% inadecuado, sólo 7.5% excelente. Con relación a la atención a la salud 17.3% es inadecuado, 43.6% problemático, 30.4% suficiente y 8.5% excelente.

De los niveles de AES, según nivel procesamiento de la información, el acceder destaca con 42% problemático y 35% suficiente; sobre comprender la información, 44% es suficiente y 34% problemático. Sobre juzgar, 36% reporta un nivel problemático, 31% inadecuado y 30% suficiente. En el nivel referido a aplicar, 35% se considera problemático, 34% suficiente y 25% inadecuado. De este total 41.9% se consideró problemático y 26.3% inadecuado.

Uno de los problemas para el estudio de la AES es, como lo señala la doctora María Falcon Romero, la dificultad de medir la AES porque se emplean diferentes instrumentos e indicadores, no obstante en el caso de los estudios realizados en América Latina se ha validado el empleo de la Encuesta Preliminar para la Medición de Alfabetización en Salud (validada en la Universidad de Concepción, en Chile, y en la Universidad de Panamá) que permite evaluar las diferentes dimensiones de la AES, no obstante ello, en el caso de México se pudo observar que se encuentra totalmente orientado a conocer la información médica desde la de la medicina alópata, sin considerar los usos y costumbres de nuestra cultura, donde existen diferentes tipos de prácticas a través de la medicina tradicional y alternativa a que acude la población.

Los resultados de la investigación sobre la AES entre integrantes de la comunidad universitaria nos permiten tener un diagnóstico preliminar que permitirá generar políticas de promoción y educación de la salud. Por otra parte, es necesario enfocar estrategias de intervención social a la modificación de hábitos de salud, si bien éstos se encuentran asociados a las enfermedades crónico-degenerativas, son los más difíciles de modificar y en donde los estudiantes declaran la dificultad para mejorar su estado de salud y bienestar.

En cuanto a las capacidades de las personas para realizar tareas referentes al cuidado de la salud, la que ocupa el primer lugar entre la población encuestada es la de comprender-entender, seguida de aplicar-usar; en tercer lugar está la de procesar-juzgar y por último la de acceder-obtener.

Respecto de las áreas de la salud tienen mayor nivel de AES en primer lugar está el de prevención de enfermedades, en segundo lugar se encuentra el área de atención y cuidado, y el último lugar corresponde a promoción de la salud.

Puede observarse que en la experiencia obtenida en el ámbito de la UNAM los resultados permiten afirmar que, a pesar de tratarse de estudiantes universitarios, el nivel de AES apenas es suficiente, no existe una notable diferencia entre los valores de un índice y otro, lo que implica un reto importante para iniciar acciones de promoción y autocuidado de la salud en la comunidad universitaria.

Sin embargo, problemas como la corrupción, la mala planeación en cuanto al manejo de los recursos y la ineficiencia de algunas personas (legisladores, administrativos e incluso trabajadores operativos, responsables de tomar las decisiones que afectan al conjunto social) determinan la mala calidad y efectividad de los servicios del sistema de salud a los cuales la población mexicana tiene o debería tener acceso, ocasionando con ello que aquellas enfermedades y situaciones de riesgo que aquejan gravemente a la sociedad, no sean atendidas ni prevenidas con la atención que merecen, por lo cual resulta necesario conocer cuáles son las principales fortalezas y debilidades que tiene la población respecto del propio cuidado de la salud, así como de sus hábitos y estilos de vida con el fin de mejorar las estrategias de intervención y prevención de males mayores para el tejido social.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

Folio:

**Encuesta preliminar para la medición de alfabetización en salud**

*Versión en español latinoamericano, traducción no oficial del instrumento original usado en el HIS-EU (University of Maastricht), 2012.*

<b>Instrucciones:</b> A continuación se presenta una serie de situaciones relacionadas con temas de salud. En una escala de apreciación que va de “muy fácil” a “muy difícil”, valore <b>qué tan difícil es para usted enfrentar cada una de las situaciones que ahí se presentan. Colocar una “X” en la respuesta que considere más adecuada a su situación personal.</b>	Muy fácil	Relativamente fácil	Relativamente difícil	Muy difícil	No lo sé
	A	B	C	D	E
<b>1. Encontrar</b> información sobre los síntomas de las enfermedades que le preocupan.	A	B	C	D	E
<b>2. Encontrar</b> información sobre los tratamientos de las enfermedades que le preocupan.	A	B	C	D	E
<b>3. Informarse</b> sobre qué hacer en caso de una emergencia médica.	A	B	C	D	E
<b>4. Averiguar</b> dónde encontrar ayuda profesional cuando se enferma (ej.: médicos, psicólogos, farmacéuticos).	A	B	C	D	E
<b>5. Entender</b> lo que dice el profesional de la salud.	A	B	C	D	E
<b>6. Entender</b> los folletos informativos que vienen junto a los medicamentos.	A	B	C	D	E
<b>7. Saber</b> cómo reaccionar frente a una emergencia médica.	A	B	C	D	E
<b>8. Comprender</b> las instrucciones de los profesionales de la salud sobre cómo tomar los medicamentos.	A	B	C	D	E
<b>9. Determinar</b> si lo que le dice el profesional de salud es muy útil para su situación.	A	B	C	D	E
<b>10. Evaluar</b> las ventajas y desventajas de distintos tratamientos médicos.	A	B	C	D	E

11. <b>Determinar</b> en qué situaciones es necesario consultar una segunda opinión médica.	A	B	C	D	E
12. <b>Juzgar</b> si la información sobre distintas enfermedades que aparece en los medios de comunicación es confiable (ej.: televisión, internet, prensa, etc.).	A	B	C	D	E
13. <b>Usar</b> la información que le brinda el médico para seguir las instrucciones cuando está enfermo.	A	B	C	D	E
14. <b>Seguir</b> las indicaciones que aparecen en las cajas de medicamentos.	A	B	C	D	E
15. <b>Llamar</b> a una ambulancia en caso de una emergencia médica.	A	B	C	D	E
16. <b>Seguir</b> las instrucciones del profesional en la salud (ej.: médico, farmacéutico, enfermera, etc.).	A	B	C	D	E
17. <b>Encontrar</b> información sobre cómo enfrentar hábitos dañinos para la salud, como el sedentarismo, el alcoholismo y el tabaquismo.	A	B	C	D	E
18. <b>Encontrar</b> información sobre cómo enfrentar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión.	A	B	C	D	E
19. <b>Encontrar</b> información sobre las vacunas que debería ponerse o los chequeos médicos que debería realizarte (ej.: presión arterial, glucosa, mamografía, etc.).	A	B	C	D	E
20. <b>Encontrar</b> información sobre cómo prevenir o abordar problemas de salud, como la hipertensión, obesidad, diabetes, cáncer, etc.	A	B	C	D	E
21. <b>Comprender</b> el mensaje de las campañas que advierten sobre el riesgo de malos hábitos, como fumar, tomar alcohol en exceso o la falta de actividad física.	A	B	C	D	E
22. <b>Comprender</b> por qué es necesario vacunarse.	A	B	C	D	E
23. <b>Comprender</b> por qué es necesario hacerse chequeos médicos (ej.: presión arterial, glucosa, mamografía, papnicolaou, próstata).	A	B	C	D	E
24. <b>Juzgar</b> si el mensaje de las campañas que advierten del peligro de malos hábitos, como fumar, tomar alcohol en exceso o la falta de actividad física, es confiable.	A	B	C	D	E
25. <b>Determinar</b> en qué situaciones es necesario ir al médico o hacerse un chequeo.	A	B	C	D	E
26. <b>Saber</b> qué vacunas debería ponerse.	A	B	C	D	E
27. <b>Saber</b> qué chequeos debería hacerse (ej.: presión arterial, glucosa, mamografía, etc.).	A	B	C	D	E

<b>28. Juzgar</b> si es confiable la información que le ofrecen los medios de comunicación como la televisión, las revistas, los diarios, internet, etc., sobre los riesgos para la salud de ciertos alimentos, bebidas, medicamentos, aparatos de deporte, productos de belleza, productos para dolores musculares etc.	A	B	C	D	E
<b>29. Tomar</b> la decisión de ponerse la vacuna antigripal.	A	B	C	D	E
<b>30. Tomar</b> decisiones sobre cómo prevenir enfermedades a partir de los consejos de familiares y amigos.	A	B	C	D	E
<b>31. Tomar</b> decisiones sobre cómo prevenir enfermedades con base en información que aparece en los medios de comunicación (ej.: televisión, prensa, internet, folletos, etc.).	A	B	C	D	E
<b>32. Encontrar</b> información sobre hábitos que favorecen estilos de vida saludables, como la actividad física, la buena alimentación, etc.	A	B	C	D	E
<b>33. Encontrar</b> información sobre actividades que favorecen una buena salud mental (ejemplo: hacer ejercicios de relajación, yoga, dar paseos, etc.)	A	B	C	D	E
<b>34. Encontrar</b> información sobre cómo hacer que su comunidad sea un entorno saludable (ej.: bajar los niveles de contaminación ambiental y acústica, crear áreas verdes y recreativas).	A	B	C	D	E
<b>35. Informarse</b> sobre cambios en el ámbito político que pudiesen afectar a la salud de la población (ej.: cambios en la legislación, nuevos programas de salud, cambios en el gobierno o reestructuraciones de los servicios de salud, etc.).	A	B	C	D	E
<b>36. Averiguar</b> sobre iniciativas que favorezcan la salud en su lugar de trabajo.	A	B	C	D	E
<b>37. Comprender</b> los consejos sobre salud de sus familiares y amigos.	A	B	C	D	E
<b>38. Comprender</b> la información nutricional que viene en los envases de alimentos.	A	B	C	D	E
<b>39. Comprender</b> la información que aparece en los medios de comunicación sobre cómo mejorar la salud (ej.: televisión, internet, prensa, revistas, etc.).	A	B	C	D	E
<b>40. Comprender</b> información sobre cómo mantener un buen estado de salud mental.	A	B	C	D	E
<b>41. Evaluar</b> cómo las condiciones de su colonia o comunidad afectan su salud y bienestar.	A	B	C	D	E

<b>42. Evaluar</b> si las condiciones de su vivienda le ayudan a mantenerse sano.	A	B	C	D	E
<b>43. Evaluar</b> cuáles de sus hábitos diarios están relacionadas con su salud (ej.: actividad física, alimentación, consumo de alcohol, etc.).	A	B	C	D	E
<b>44. Tomar</b> decisiones para mejorar su salud, le resulta:	A	B	C	D	E
<b>45. Tomar</b> la decisión de inscribirse y asistir en un gimnasio o club deportivo para mejorar su salud, le resulta:	A	B	C	D	E
<b>46. Modificar</b> aquellas conductas que afectan su salud y bienestar (ej.: actividad física, alimentación, consumo de alcohol, etc.).	A	B	C	D	E
<b>47. Participar</b> en actividades que mejoran el estado de salud y el bienestar de su comunidad le resulta:	A	B	C	D	E

## Referencias bibliográficas

- Aragao, W. (s.f.). "Espacio médico-terapéutico, de estudio e investigación". Obtenido de *Salutogenesis*: [http://www.salutogenesis.com.ar/que\\_es\\_salutogenesis.html](http://www.salutogenesis.com.ar/que_es_salutogenesis.html).
- Basagoiti, I. (2012). *Alfabetización en salud. De la investigación a la acción*. Valencia: Ítaca.
- Bellamy Ortiz, C. (2015). "El proceso salud-enfermedad", en L. C. Malaquías, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos* (pp. 29-39). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caballero, E. M. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista de información para la dirección en salud*, 3. Recuperado el 23 de mayo de 2017, de <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid06212.htm>
- Cisneros, S. (2009). *Alfabetización informacional en salud*. Lima.
- DGAS. (2017). *Dirección General de Atención a la salud*. Obtenido de <http://www.dgsm.unam.mx/jornada-medica-de-bienvenida.html>
- Falcon, M. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización. *Revista Comunicación y Salud*, 2(2).
- Flores, S. M. (2015). "La situación de la salud en México", En L. C. Malaquías, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos* (pp. 43-86). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- OPS. (2015). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de OMS: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es)
- Valero, Ch. Aída (2017). *Alfabetización en salud en la comunidad universitaria, análisis comparativo entre la UNAM y cinco universidades latinoamericanas, para una propuesta de intervención social*, PAPIIT-DGAPA-UNAM.





**III. LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA  
LA PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y ALFABETIZACIÓN EN  
SALUD**



## LAS UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. CONCEPTUACIÓN Y RELEVANCIA EN IBEROAMÉRICA

Hiram V. Arroyo Acevedo

### Resumen

Las Universidades Promotoras de la Salud (UPS) pretenden desarrollar políticas institucionales, acciones programáticas y condiciones ambientales favorables a la salud en el campus. Se reclama una cultura de promoción de la salud en las universidades que propenda al desarrollo humano y social de sus constituyentes (estudiantes, docentes y personal universitario en general). El movimiento de (UPS) se ha expandido a nivel nacional y regional. Coexisten diversas definiciones, enfoques y perspectivas de las iniciativas de UPS que se han desarrollado durante los últimos años, lo que denota el interés y la necesidad de invertir en esta iniciativa salubrista global. Para operacionalizar el movimiento de UPS se han establecido redes nacionales e internacionales que agrupan a universidades públicas y privadas con la finalidad de impulsar acciones participativas y de liderazgo en salud por parte de las instituciones de educación superior. Se describen las definiciones dominantes y las redes nacionales y globales de UPS. Se enuncian los postulados contenidos en la Declaración de Alicante.

*Palabras clave: Universidades Promotoras de la Salud, promoción de la salud, Redes Nacionales de Universidades Promotoras de la Salud.*

### Abstract

The Health Promoting Universities (HPU) intend to develop institutional policies, programmatic actions and environmental conditions favorable to health on campus. The aim is to develop a culture of health promotion in universities that promotes the human and social development of its constituents (students, faculty and university staff in general). The movement of HPU has expanded regionally and globally. There are several definitions, approaches and perspectives of the HPU initiatives that have developed over the last few years, which indicates the interest and the need to invest in this international health initiative. To operate the HPU movement, national and global networks have been established that bring together public and private universities in order to promote participatory and leadership actions in health by higher education institutions. The dominant definitions and national and global HPU networks are described. It states the fundamentals contained in the Alicante Declaration.

*Key words: Health Promoting Universities, health promotion, National Networks of Health Promoting Universities.*

### Introducción

Cada día se incrementa el número de universidades que se unen al movimiento nacional e internacional de Universidades Promotoras de la Salud (UPS). Es indicativo que las instituciones de educación superior asumen la responsabilidad ética de incorporar con fuerza el valor salud en su visión, misión y objetivos estratégicos. Las universidades contemporáneas responden al llamado global de la inclusión prioritaria de los determinantes sociales de la salud y la promoción de la salud en la agenda universitaria de capacitación, investigación y extensión social-comunitaria que imponen los tiempos.

El movimiento internacional de UPS se destaca como un campo de actuación salubrista, basado en el enfoque de promoción de la salud y entornos saludables, que impulsa a las universidades e instituciones de educación superior a instrumentar políticas institucionales y acciones programáticas de amplio alcance para el fomento de la salud. Además de impactar a las comunidades universitarias (estudiantes, docentes y personal universitario en general) se espera que el nivel de intervención de la iniciativa tenga ramificaciones en las políticas de promoción de la salud a nivel comunitario, institucional y social. Implica una visión renovada de las universidades donde éstas se inserten en el discurso, en el debate y la complejidad de las decisiones sociales con impacto en la salud. La universidad promotora de la salud se refiere a una anhelada propuesta encaminada a lograr una postura valiente universitaria que reclame y abogue por el ideario salubrista aplicado a los derechos humanos, la justicia social, la equidad, las libertades, la inclusión y la sostenibilidad.

## El concepto de universidad promotora de la salud

Existen principios y características comunes en la mayoría de las definiciones revisadas de UPS. Sin embargo, es común ver variantes en los énfasis filosóficos y prácticos que se describen en las definiciones. La realidad es que existen diversos acercamientos y perspectivas del concepto. Cada universidad es libre de desarrollar y operacionalizar la iniciativa de UPS de manera única tomando en consideración los elementos básicos de la cultura institucional y su posicionamiento ideológico basado en las metas, los objetivos y las prioridades sociales y de salud de cada universidad.

La Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) ha socializado una definición que detalla un conjunto de acciones vinculantes a las iniciativas de UPS. La definición hace referencia a aquellas universidades y entidades de educación superior que han desarrollado una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la promoción de la salud con apoyo constatado a través de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de promoción de la salud. La política institucional debe ser clara y comprende acciones de promoción de la salud con alcance en los siguientes componentes:

- 1.- Desarrollo de normativa y políticas institucionales para propiciar una cultura universitaria y un ambiente favorable a la salud.
- 2.- Desarrollo de acciones de educación para la salud, alfabetización en salud y comunicación en salud.
- 3.- Ofrecimiento de servicios orientados a la promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud que aporten al mejoramiento permanente de las condiciones de la salud de los miembros de la comunidad educativa y aporten a la promoción de la salud a nivel local y nacional.
- 4.- Desarrollo de acciones de formación académica profesional en promoción de la salud, determinantes sociales de la salud, educación para la salud y otras modalidades de capacitación a la comunidad universitaria.
- 5.- Desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderazgo y abogacía en salud en los integrantes de la comunidad universitaria.
- 6.- Desarrollo de asociaciones, alianzas y redes nacionales e internacionales donde se fomente la salud de los universitarios.
- 7.- Acciones de modificación de la infraestructura y reingeniería en beneficio de la salud en las instalaciones universitarias.
- 8.- Desarrollo de acciones de investigación y evaluación en promoción de la salud, determinantes sociales de la salud y educación para la salud.

- 9.- Desarrollo de acciones con alcance familiar y comunitario;
- 10.- Y otras instancias institucionales y sociales de promoción de la salud basadas en el reconocimiento e imperativos del enfoque de los determinantes sociales de la salud que contribuyan a la salud, al cambio social, al bienestar y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y el ambiente externo (RIUPS, 2013, adaptación de la definición de UPS, de Hiram V. Arroyo, 2012).

Existen diversas definiciones que detallan la ideología y el alcance de las acciones de las UPS. A continuación se presenta una selección de definiciones de diferentes colectivos y entornos universitarios. Lo interesante de este recorrido conceptual es la diversidad de énfasis y aspectos distintivos de las definiciones en diferentes momentos y contextos geopolíticos.

1.- La UPS es la que “incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general” (Lange y Vio, Chile, 2006).

2.- Un ejemplo de una definición generada por el sector salud es la que plantea que la finalidad es contribuir al desarrollo humano integral de los actores sociales de la comunidad universitaria: alumnos, docentes, administrativos y autoridades, a través de la promoción de la salud. Propone un modelo de abordaje de promoción de la salud en las universidades e impulsa iniciativas que contribuyan a la generación de una cultura de la salud, conservación del ambiente y al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad universitaria (Minsal, Perú, 2010).

3.- La Universidad de La Coruña plantea que la UPS surge con la idea de convertir la universidad en un referente de compromiso con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Se trata de un proyecto abierto, dinámico y modificable que integra diversas unidades académico-administrativas, así como nuevas líneas de actuación asistencial, docente, investigadora y comunitaria. Apuesta por fomentar el compromiso y la participación de la comunidad universitaria en la promoción y en la alfabetización de la salud (AES) y en la prevención de la enfermedad, en la sostenibilidad medioambiental, en la integración e inclusión laboral y social, en la acción solidaria y en la igualdad de género (Universidad de La Coruña, España, 2013).

4.- Desde la Universidad de Alicante se plantea que los centros universitarios, además de ser motor de investigación y formación de los profesionales del futuro, son entornos vivos donde interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y al bienestar. Para considerarse saludable, una universidad debe adquirir un compromiso global de cara a la salud y desarrollar su potencial como agente promotor de la salud, el bienestar y la calidad de vida de quienes en ella estudian y trabajan (Martínez y Muñoz, Alicante, España, 2014).

5.- La Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (Redcups), institucionalizada en 2002, plantea que la promoción de la salud en el ámbito universitario facilita el abordaje de las inequidades y desigualdades en la salud de los diferentes grupos poblacionales que conviven en las comunidades universitarias, así como el desarrollo de estrategias para abordar los modos, condiciones y estilos de vida. Las UPS constituyen una estrategia de promoción de la salud en el ámbito universitario y un

mecanismo articulador de esfuerzos, recursos multidisciplinarios y multisectoriales, orientados al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar, ampliando así las oportunidades para el aprendizaje con calidad y el desarrollo humano sostenible de todos los integrantes de las comunidades educativas (Redcups, 2014).

6.- La perspectiva de la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS) es ofrecer un espacio de diálogo, intercambio y análisis de los temas prioritarios en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades en ámbitos educativos de niveles medio y superior, tanto de programas de investigación como a través de la socialización de experiencias exitosas, así como políticas institucionales favorecedoras de estilos de vida saludables, con la finalidad de crear propuestas de abordaje transdisciplinarias que permitan incrementar la efectividad de las estrategias actuales de promoción y prevención y así impactar en los principales indicadores epidemiológicos de nuestras instituciones y de nuestro país, atendiendo a la Observación General sobre el Derecho a la Salud de la Organización Mundial de la Salud, donde se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como: el acceso al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Perspectiva de la RMUPS en ocasión de su V Congreso Nacional de UPS en la Universidad de Aguascalientes, México, 2014).

7.- La Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de la Salud y Bienestar (REUPSB) sostiene que las UPS deben promover prácticas de salud integral que mejoren la calidad de los alumnos, profesores y administrativos para que tengan un impacto positivo en la cotidianidad y en la vida universitaria. Se impulsa un modelo de trabajo transversal, donde se fomentará la docencia, la investigación y la vinculación a través de proyectos, acciones y estrategias para cumplir con la Carta de Okanagan, la cual promueve procesos para generar bienestar y salud tanto a nivel interno (universidades) como en el ambiente externo al campus (comunidades) (REUPSB, 2016).

8.- La Red Colombiana de Universidades Promotoras de la Salud (Redcups) plantea que una UPS, desde una postura institucional explícita, dinamiza un proceso interno encaminado a la articulación de experiencias y recursos en favor del desarrollo humano y la calidad de vida de los miembros de su comunidad educativa, le apuesta a favorecer cambios culturales en favor de la salud y aporta a la formulación de políticas públicas contribuyendo a un mejoramiento permanente de condiciones para la salud, la equidad en el acceso a la misma y la inclusión. Desde la conformación de Redcups la apuesta implica un mejoramiento continuo de condiciones, la formalización de sinergias y el fortalecimiento permanente de la capacidad para participar (Redcups, 2017).

## El contexto Iberoamericano de UPS

Durante los últimos quince años (2003-2017) Iberoamérica ha contado con una iniciativa en ciernes denominada el Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. Es una gesta internacional en crecimiento que pretende incrementar el compromiso político de las universidades e instituciones de educación superior hacia la promoción de la salud. La atención ha estado centrada en lograr que las universidades e instituciones de educación superior se comprometan a desarrollar una cultura institucional de promo-

ción de la salud con clara y articulada vinculación: academia-sociedad-comunidad. Esto es garantizar el desarrollo de políticas intersectoriales favorables a la salud y acciones programáticas interdisciplinarias de fomento de la salud para los componentes de la comunidad universitaria con alcance al ambiente externo en general (Arroyo, 2017, citado en *Horizonte Sanitario*, 2017).

El Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en la región se consolida. Algunos indicadores de efectividad de la iniciativa son:

- Ocho congresos internacionales de UPS efectuados en Santiago de Chile (2003); Edmonton, Canadá (2005); Ciudad Juárez, México (2007); Pamplona, España (2009); San José de Costa Rica (2011); San Juan de Puerto Rico (2013); Kelowna, British Columbia (2015), Canadá, y el último realizado en Alicante, España (2017).
- Siete documentos declaratorios (Edmonton 2005, Ciudad Juárez 2007, Pamplona 2009, San José 2011, San Juan 2013, Kelowna 2015, Alicante 2017).
- Institucionalización de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) en 2007.
- Incremento de instituciones universitarias afiliadas.
- Establecimiento de redes nacionales, redes estatales y otras modalidades de trabajo colectivo.
- Consolidación de la iniciativa en Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, Perú, México y Puerto Rico.
- Aumento de actividades científicas incluyendo publicaciones, conferencias nacionales e internacionales, convenios, etc.

## Redes nacionales de UPS en Iberoamérica

El movimiento de UPS ha cobrado fuerza a través de la estructura de trabajo en red. Se han desarrollado redes nacionales de UPS facilitando instancias de trabajo interuniversitario a nivel de los países. La experiencia de las redes nacionales de UPS ha propiciado el intercambio académico, el desarrollo de capacidades, el desarrollo técnico-científico, la vinculación con entidades gubernamentales, comunitarias e internacionales. Al presente existen redes nacionales en Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, México, Perú y Puerto Rico. Otros países de la región se encuentran en una importante fase de desarrollo de la iniciativa. Nos referimos a Argentina, Brasil, Guatemala, Nicaragua, y Portugal.

La labor conjunta de la RIUPS y las redes nacionales de UPS se operacionaliza a través de comisiones de trabajo para el desarrollo de capacidades y proyectos. Algunas de las comisiones de trabajo de la RIUPS son:

1. Asuntos filosóficos y conceptuales.
2. Comunicaciones (boletín informativo, redes sociales, etc.).
3. Asuntos curriculares /Transversalización de la promoción de la salud.
4. Iniciativas de estudiantes.
5. Investigación.
6. Abordaje de los determinantes sociales de la salud en el contexto de UPS.
7. Abordaje de los objetivos de desarrollo sostenible en el contexto de UPS.

8. Indicadores de calidad y metodologías de certificación y acreditación de UPS.
9. Asuntos administrativos y finanzas.
10. Otras comisiones emergentes según las necesidades.

## El contexto global de UPS

El Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud ha estado presente a nivel global. Existe un grupo de trabajo global con la responsabilidad de ampliar el marco conceptual y el desarrollo de capacidades en este ámbito. Este grupo de trabajo tuvo un rol importante en la planificación de la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior, desarrollada del 22 al 25 de junio de 2015, en la Universidad de la Columbia Británica (Kelowna, Canadá). En el evento participaron representantes de 40 países. Como resultado del evento se aprobó el documento de declaración denominado La Carta de Okanagan. Este una llamada a la acción de las universidades y otras instituciones de educación superior, sobre la base de dos ejes de actuación: la incorporación de la salud en todas las actuaciones empresariales, académicas y culturales de los campus; y el liderazgo y la colaboración en actuaciones dirigidas a la promoción de la salud localmente y globalmente.

Al presente existen varias redes nacionales de UPS. Algunos ejemplos de redes activas:

- Red Alemana de Universidades Promotoras de la Salud, fundada en el 1995.
- Red de Universidades Promotoras de la Salud del Reino Unido, fundada en el 2006.
- Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS), fundada en el 2007.
- Red Canadiense de Universidades y Colegios Promotores de la Salud, fundada en el 2016.
- Tertiary Wellbeing Aotearoa New Zealand, fundada en el 2016.

## La Declaración de Alicante

Recientemente se efectuó el VIII Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud, del 27 al 29 de junio de 2017, en la Universidad de Alicante, España. En el evento se aprobó la Declaración de Alicante que prescribe los valores y las líneas de acción de las UPS. El documento declaratorio reclama a las autoridades universitarias de los países a comprometerse a incorporar estrategias de promoción de la salud de manera integral en sus políticas universitarias. A continuación un resumen de los enunciados para la acción (tomado y adaptado de la Declaración de Alicante):

- 1.- Integrar en las universidades políticas favorables a la salud que abarquen simultáneamente el entorno físico, social, cultural, y ambiental.
- 2.- Favorecer la creación de entornos saludables desde planteamientos salutogénicos y no de prevención de riesgos exclusivamente.
- 3.- Desarrollar una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la promoción de la salud con apoyo real a través de una política institucional de salud integral y acciones programáticas, sistemáticas y sostenibles, para el fomento de la salud de la comunidad universitaria.

- 4.- Diseñar estrategias que favorezcan en todos los miembros de sus comunidades educativas, y de manera permanente, el fortalecimiento de la capacidad participativa en la gestión de procesos a favor de la salud.
- 5.-Aportar evidencia que apoye la formulación de políticas públicas que favorezcan la mejora de las condiciones para la salud y la equidad en sus respectivos países.
- 6.-Que los equipos de gobierno de las universidades vertebren políticas universitarias firmes y decididas en torno a la promoción de la salud e integradas de manera transversal y participativa por toda la comunidad universitaria.
- 7.- Coordinar con los órganos de representatividad de rectores de las universidades (CRUE, UDUAL, CONARE, otras) para la articulación de políticas de promoción de la salud nacionales e internacionales adaptadas a las necesidades de cada momento y contexto con criterios de eficacia y eficiencia.
- 8.- Apoyar la participación activa en el desarrollo de las estrategias que se planeen, de la comunidad universitaria en general, pero con especial atención a la motivación e incentivación de las/os estudiantes por su relevante papel tanto en los entornos universitarios como en los sociales, facilitando y reconociendo su participación activa y representatividad real.
- 9.- Impulsar que los proyectos de UPS formen parte esencial e irrenunciable de cualquier estrategia universitaria.
- 10.- Impulsar que los proyectos de UPS sean parte integral de la política universitaria y de sus equipos de gobierno con identificación clara de sus responsables.
- 11.- Promover líneas de investigación transdisciplinar en promoción de la salud.
- 12.- Facilitar la incorporación de la promoción de la salud en los currículos de todos los planes de estudio.
- 13.- Facilitar la formación permanente y continuada de cuantos participen activamente en el desarrollo de los proyectos como vía de lograr la mejora continua de los mismos.
- 14.- Dotar de capacidad de decisión real y de presupuesto a los órganos de responsabilidad de los proyectos de UPS.
- 15.- Generar indicadores de calidad que permitan evaluar, acreditar y certificar los entornos saludables.
- 16.- Promover la extensión de las políticas saludables al entorno social en el que se integran las universidades favoreciendo la interacción e intersectorialidad.
- 17.- Favorecer que los proyectos no queden circunscritos al ámbito de ciencias de la salud y para que sea éste protagonista exclusivo de las estrategias. Es necesario que el ámbito de ciencias de la salud se configure como un sector más del proyecto en el que participen de manera integrada el resto de sectores/ámbitos/centros de las universidades.
- 18.-Potenciar y apoyar la creación, desarrollo y sostenimiento de redes autonómicas, nacionales e internacionales como órganos con autonomía propia para velar por el desarrollo, evaluación y divulgación de los proyectos de entornos saludables.

## La presencia de México en el Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud

México ha ejercido un rol clave en el desarrollo del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. Algunos eventos instrumentales han sido:

1.- El III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Se realizó del 3 al 6 de octubre de 2007, en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. El tema fue Entornos formativos multiplicadores. El evento fue organizado por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Dirección General de Servicios Académicos, Subdirección Universidad Saludable. Ofrecieron apoyo la OPS y la Pontificia Universidad Católica de Chile. En el evento se inscribieron 122 delegados representando a siete países: Chile (15), Colombia (1), España (9), Estados Unidos (5), México (88), Puerto Rico (1), y Venezuela (3). Como parte de los resultados se institucionalizó, el 6 de octubre de 2007, la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS).

2.- La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, fue galardonada en el Primer Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas de Promoción de la Salud a nivel internacional (2013) en la categoría de Campus universitario/entorno saludable. Otras cinco universidades mexicanas fueron premiadas a nivel nacional:

*La Facultad de Nutrición, Campus Xalapa, de la Universidad Veracruzana en la categoría Promoción de estilos de vida y conductas saludables; La Universidad Veracruzana en las categorías Promoción de estilos de vida y conductas saludables y Campus universitario/entorno saludable; el Centro de Estudios Universitarios "16 de Septiembre" en la categoría Promoción de estilos de vida y conductas saludables; la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, en la categoría Campus universitario/entorno saludable; y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, que realiza promoción de salud de alcance comunitario.*

3.- La Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS) se mantiene como una de las redes nacionales de UPS de mayor estabilidad y liderazgo. Al presente la red tiene su sede en la Universidad Autónoma de Aguascalientes (periodo de 2016-2018). La red agrupa sobre 70 instituciones de educación superior del país. Entre las fortalezas de la red figura su relación de colaboración con la OMS/OPS, la Dirección General de Promoción de la Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Otro desarrollo importante de la RMUPS ha sido el desarrollo de redes estatales de UPS.

### Redes nacionales de UPS

*Red Chilena de Universidades Promotoras de Salud, 1999.* Articulada con los ministerios de salud y Educación y con la OPS busca implementar y desarrollar políticas, programas y actividades que permitan contribuir a un mejor nivel de salud de sus comunidades. La responsabilidad de las instituciones es crear un ambiente promotor de salud y que logren que se transforme en un aspecto relevante de la cultura.

Uno de los elementos centrales de esta red es la colaboración, donde las instituciones comparten experiencias en torno a la promoción en salud, por ejemplo, el consumo de alcohol y drogas, el desarrollo de hábitos de vida saludable, etc. Que una universidad sea promotora en salud significa que ha incorporado dentro de su proyecto educativo y laboral la promoción de salud para mejorar la calidad de vida de sus miembros, apostando por su

rol de gestor de cambios en su entorno (tomado de <http://www.uchile.cl/noticias/119017/universidades-promotoras-de-la-salud-se-reunieron-en-casa-central>, 2016).

*Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de Salud (Redcups)*, 2010. Para ser parte de la red es necesario comprometerse con la Declaración Redcups Bogotá, de junio de 2010, en donde los participantes se comprometen a:

- Potenciar la universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto.
- Fomentar la promoción de la salud en la docencia, investigación y extensión.
- Favorecer el intercambio de experiencias en promoción de la salud.
- Promover el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública y las universidades.
- Definir participativamente con la comunidad educativa, líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto conjunto de universidad promotora de salud.
- Fomentar el trabajo con redes nacionales e internacionales (tomado de <http://www.javeriana.edu.co/encuesta/index.php?sid=41764&lang=es>).

*Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (Redcups)*, 2002. La red agrupa a las universidades públicas: Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional de Costa Rica, Instituto Tecnológico de Costa Rica y Universidad Estatal a Distancia. El objetivo general de la red es favorecer el Movimiento de Universidades Costarricenses Promotoras de la Salud, mediante el desarrollo de políticas y estrategias que incorporen la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral así como el desarrollo humano y la calidad de vida de las comunidades universitarias. La Redcups adopta como sus planteamientos sustantivos, los diferentes compromisos asumidos en las cartas y declaratorias internacionales emitidas en los congresos de promoción de la salud, específicamente los compromisos y estrategias establecidos en la Declaratoria de Costa Rica en el año 2011 y el inciso e de la Declaratoria de Puerto Rico de 2013 (tomado de <file:///Users/hiramarrojo/Downloads/Guia%20de%20la%20Salud.pdf>). (Redcups, 2014).

*Red Cubana de Universidades Promotoras de la Salud*, integrada por 31 universidades desglosadas en 15 pedagógicas, 10 universidades médicas, 3 universidades técnicas y 3 universidades de cultura física y deportes. Los proyectos y retos de la red son: desarrollo de la gestión de proyectos para la movilización de recursos en pro de la salud de la comunidad universitaria y comunidades que están bajo la influencia de éstas con enfoque de determinantes sociales de la salud y enmarcados en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible; gestionar en los PTS de OPS mayor financiamiento para el desarrollo de la iniciativa; incorporar en el bienio 2018-2019 100% de las universidades en la red nacional y la RIUPS; participar activamente en los foros o cónclaves que le den mayor visibilidad a Cuba y fortalezca el trabajo; incorporar a otros actores sociales lo que incluye a las diferentes agencias del sistema de naciones unidas al desarrollo de las UPS básicas para cumplir los objetivos de desarrollo (informe de las coordinadoras de la Red Cubana de UPS, doctora Susana Terry y doctora Rosaida Ochoa. Informe presentado por la doctora María Constanza Granados en el marco del VIII Congreso Iberoamericano de UPS, Alicante, España, 2017).

*Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de Salud y Bienestar (REUPSB)*, 2015. La constitución de la REUPSB tuvo lugar el 7 de abril de 2015 en la Universidad de las Américas, Quito. Previamente se había constituido la Red de Bienestar Universitario que tomó la

decisión unánime en asamblea de fusionar las dos redes (21 de octubre de 2015). De este modo, en el encuentro que tuvo lugar en Ambato, los días 4 y 5 de febrero de 2016, en presencia de la RIUPS y la OPS, las universidades acuerdan firmar la Declaración de Ambato en la que se reconoce la fusión de las dos redes y el compromiso de las instituciones de educación superior por promover la salud y el bienestar dentro y fuera de ellas. Actualmente la REUPSB está conformada por 44 universidades e instituciones de educación superior públicas y privadas del Ecuador, las cuales se encuentran en coordinación de la Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (Senescyt), el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (tomado en parte de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/66977>, 2017).

*Red Española de Universidades Saludables (REUS), 2008.* La red realiza trabajo conjunto con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas. Los objetivos de la red son: potenciar la universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto. Fomentar la investigación y la docencia en promoción de la salud. Favorecer el intercambio de experiencias en Promoción de la Salud. Promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades. Consensuar líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto de universidad promotora de salud. Posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la red. Potenciar la participación internacional. Fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud de la comunidad universitaria. Las líneas estratégicas de la red son: 1. Entornos universitarios que promuevan la salud. 2. Incorporación en los planes de estudio universitarios la formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado. 3. Investigación en promoción de la salud. 4. Participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades. 5. La oferta de servicios y actividades en el campus dirigida a promocionar la salud de la comunidad universitaria (REUS, 2016).

*Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS), 2004.* Constituye una plataforma fuerte para que las instituciones de educación superior del país compartan sus experiencias exitosas, proyectos y acciones con la finalidad de impulsar el crecimiento de la promoción de la salud universitaria. Es un grupo interdisciplinario de instituciones de educación superior e instituciones de salud que pretende impulsar una agenda de trabajo en promoción de la salud en un contexto intercultural respetuoso de los derechos humanos. El objetivo es promover la adopción de políticas institucionales en materia de promoción de la salud por parte de todas las instituciones integrantes de la misma para favorecer una serie de acciones en diversos ejes de salud en la comunidad universitaria a través del diálogo, intercambio y gestión entre diversos actores de la promoción de la salud (RMUPS, 2017).

*Red de Universidades Saludables de Lima Metropolitana y Callao/Red de Universidades Saludables del Perú (Repus), 2016.* Red en proceso de desarrollo. Las proyecciones de la red son: integrar a las 142 universidades existentes en el Perú (públicas y privadas) a formar parte de la Red de Universidades Saludables; realizar trabajo coordinado y articulado entre las redes de Lima y las redes regionales de universidades saludables; contar con políticas públicas para la salud concertadas y libres de intereses de grupos económicos; fortalecer las redes locales y regionales de universidades saludables; divulgar investigaciones que evidencien y fortalezcan la salud de la sociedad peruana; fortalecer las relaciones de la red nacional con las redes de universidades en el nivel regional y mun-

dial; insertar en el plan de estudios de las universidades los temas relacionados con la promoción de la salud, cambio climático y GRD; fortalecer y articular la presencia de los estudiantes en los espacios de decisión en las políticas universitarias para la promoción de la salud; diseñar y ejecutar programas y proyectos comunitarios con la universidad, la red de universidades en alianza con las instituciones del Estado, de las organizaciones comunales y la cooperación nacional e internacional (Repus, 2017).

*Movimiento Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en la Universidad de Puerto Rico (UPR), 2007.* La red integra a las once instituciones universitarias que integran el sistema de la UPR (sistema público de educación superior). En 2014 la red de la UPR institucionaliza el Comité Timón y el Comité Coordinador de la iniciativa con el apoyo del Programa de Calidad de Vida de la UPR. La red utiliza el marco conceptual de Universidades Promotoras de la Salud que promueve la RIUPS y que se consigna en la Declaración Diez para la Década, de las UPS, aprobada en 2013, en San Juan de Puerto Rico.

## Conclusiones

El movimiento de UPS tiene un futuro promisorio. Contamos con evidencias de la efectividad de las acciones salubristas que se desarrollan en las universidades. Los programas y proyectos de UPS se solidifican en muchas instituciones de educación superior. Las iniciativas de trabajo en red en este tema alcanzan altos niveles. Existe un llamado a lograr mayor apoyo institucional a esta iniciativa en las esferas nacional e internacional. Se espera que las universidades atesoren la oportunidad de actuar en beneficio de la salud y el cambio social a través del movimiento de UPS.

## Referencias bibliográficas

- Arroyo, H. V. (2013). *El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: Conceptuación y práctica*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- \_\_\_\_\_. (2017). "Mirada al Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud", *Horizonte sanitario*, vol. 16, núm. 3, Septiembre-diciembre 2017, pp.149-151. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.
- Arroyo, H. V., Durán, G., Gallardo, C. (2015). "Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS)". *Global Health Promotion*. 2015; 22 (4): 64- 68.
- Declaración de Alicante. Documento aprobado por la RIUPS en el XVIII Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud en Alicante, España. 27-29 de junio de 2017.
- Diez para la Década del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud (2013). Declaración de la RIUPS aprobada en el VI Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud en San Juan de Puerto Rico.
- La Carta de Okanagan (2015). University of British Columbia. Okanagan Campus. Kelowna Canadá.
- Lange Ita & Vio Fernando. *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*, en: [http://www.inta.cl/materialEducativo/guia\\_universidades\\_saludables2006.pdf](http://www.inta.cl/materialEducativo/guia_universidades_saludables2006.pdf).
- Ministerio de Salud de Perú. Documento técnico: *Promoviendo universidades saludables/ Ministerio de Salud*. Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección de Educación para la Salud, Lima, Ministerio de Salud, 2010.

- Martínez, J. R. y Muñoz, G. (2014). La Universidad de Alicante/Universidad Saludable. Un reto y una oportunidad, *Revista de Salud Pública* (XVIII) 3: 55-64. Alicante, España.
- Red Chilena de Universidades Promotoras de la Salud (2016). Tomado de <http://www.uchile.cl/noticias/119017/universidades-promotoras-de-la-salud-se-reunieron-en-casa-central>
- Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS, 2017). Definición de UPS de la REDCUPS compartida por la doctora María Constanza Granados el 26 de agosto de 2017.
- Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de la Salud <http://www.javeriana.edu.co/encuesta/index.php?sid=41764&lang=es>
- Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS, 2014). *Guía para Universidades Promotoras de la Salud*. SENE BAI.
- Red Cubana de Universidades Promotoras de la Salud. Informe presentado por la doctora Susana Terry y doctora Rosaida Ochoa (2017). Informe de las redes compilado por la doctora María Constanza Granados en el marco del VIII Congreso Iberoamericano de UPS, Alicante, España, 2017.
- Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de la Salud y Bienestar (REUPSB). Red universitaria ecuatoriana promueve salud y bienestar. Realiza proyectos en beneficio de la sociedad. Redacción Médica. Entrevista a la doctora Ana Martínez, jueves 11 de febrero de 2016.
- Red Española de Universidades Saludables (REUS, 2016). *Principios, objetivos y estructura de la red*. Documento actualizado a fecha: 20 de abril de 2016.
- Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS, 2013). *Definición de UPS aprobada por la RIUPS* en la Asamblea General de la RIUPS, en San Juan de Puerto Rico.
- Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS, 2014). Programa del Congreso Internacional de Promoción de Salud Universitaria, V Congreso Nacional de Universidades Promotoras de Salud y III Congreso de Universidades Saludables Prevenimss que se llevó a cabo en la ciudad de Aguascalientes, del 23 al 25 de octubre de 2014.
- Red de Universidades Saludables de Lima Metropolitana y Callao (2017). Informe de redes suministrado por Roberto Michael Escobar y compilado por la doctora María Constanza Granados en el marco del VIII Congreso Iberoamericano de UPS, Alicante, España, 2017.
- Universidad de La Coruña, España. *Plan Estratégico de Universidad Saludable 2013-2020*. Aprobado en su sesión del día 4 de diciembre de 2013.





## LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, EL CASO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM

Aurora Farfán Márquez

### Resumen

En este capítulo se plantea la imperiosa necesidad de formar recursos humanos en salud que estén mejor capacitados para atender a la población más vulnerable tomando en cuenta su contexto social y cultural en México. Estos profesionales son el eje troncal para la cobertura nacional en salud, y su adecuada formación permitiría que sean eficientes y aptos para otorgar una atención médica eficaz, oportuna y de calidad en un marco intercultural que valore su diversidad étnica y lingüística, y que reconozca y aprecie sus conocimientos ancestrales sobre la salud.

*Palabras clave:* promoción de salud; recursos humanos en salud; formación de equipos en salud.

### Abstract

This article exposes the imperious need for the development of human resources, better adapted to assist the most vulnerable population, bearing in mind the social and cultural context within Mexico. These professionals are the main branch for national health coverage and their adequate preparation would allow them to be apt and efficient at bestowing effective, timely and quality medical care within an intercultural framework that values ethnic and linguistic diversity, and that recognizes and appreciates their familial/ancestral knowledge on health.

*Key words:* health promotion, human resources in health, health team preparation

### Introducción

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el desarrollo social y económico de un país y no se puede lograr sin los recursos humanos capacitados para ello.

En Yakarta, Indonesia (1997), se realizó la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, bajo el lema de Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, señalando cinco prioridades para cumplir con su lema:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Difundir la colaboración en pro de la promoción de la salud.
- Desarrollar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos, y
- Garantizar una infraestructura básica para la promoción de la salud.<sup>7</sup>

Es significativo señalar que esta conferencia internacional se celebró en un país en desarrollo dejando perceptibles los determinantes de la salud y las dificultades para llevar

---

<sup>7</sup> Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI, 1997, pp. 7-10.

a cabo las estrategias por lo que se promovió la colaboración del sector privado. Hace poco más de 20 años que los Estados parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se comprometieron con esta estrategia mundial de salud para todos y llevar a la práctica los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata.<sup>8</sup>

## Desarrollo

Desde que se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Ottawa, en donde se definió la promoción de la salud como aquella que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. A fin de alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo es capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente”.<sup>9</sup>

También se señaló<sup>10</sup> que la Carta de Ottawa para la promoción de la salud fue una fuente de inspiración de diversos escenarios internacionales, donde se ha señalado la importancia y significado de las estrategias en promoción de la salud, incluso las referentes a una política pública sana y la creación de un ambiente propicio para la salud, que incluye la comunidad, hogar, ambiente y trabajo así como áreas de recreación, sin embargo, para su logro debe estar presente la equidad como objetivo imperioso.<sup>11</sup>

Posteriormente, la Declaración de Yakarta surge como uno de los grandes logros para la promoción de la salud a nivel mundial, propició un giro a la salud pública con un esquema sociopolítico y creó un marco para la prevención de enfermedades y el fomento de la promoción de la salud: se definieron los determinantes sociales en el binomio salud-enfermedad tales como: la pobreza, el inequidad, la falta de justicia social, de educación para el cuidado del medio ambiente y la carencia de empoderamiento en términos de salud.

En el contexto de los fenómenos de globalización, la internacionalización de la economía y la desconcentración del poder, la Organización Panamericana de la Salud señala que es necesario atender la satisfacción de las necesidades humanas, para lo que desarrolla estrategias de promoción de la salud, entendidas como el desarrollo de oportunidades de las comunidades,<sup>12</sup> mediante la formación de recursos humanos en promoción de la salud, objetivo fundamental del proceso, pues este personal, ya formado, es el encargado de realizar el cambio social, y de forjar los cambios en las diversas poblaciones multiculturales. Según Rootman y Raeburn,<sup>13</sup> los promotores de salud deben recibir una fuerte formación en psicología comunitaria fomentando el desarrollo de las fortalezas de los individuos, grupos y comunidades para el logro del empoderamiento. Los promotores deberán ser eficaces para promover un cambio cultural en beneficio de su salud.

<sup>8</sup> Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978.

<sup>9</sup> [www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf).

<sup>10</sup> Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud, Políticas a favor de la salud, celebrada en 1988, en Adelaida (Australia).

<sup>11</sup> III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Entornos propicios para la Salud. Declaración de Sundsvall, 1991.

<sup>12</sup> Whitehead, Margaret, *The concepts and principles of equity and health*, Copenhagen, WHO Regional

Los recursos humanos, toda vez que son habilitados para lograr el empoderamiento de las personas y las comunidades, se transforman en actores activos de cambio de la realidad humana, partiendo de las teorías y prácticas del cambio social para el cuidado de salud, la adquisición así como el mantener el bienestar y el desarrollo humano. Autores como Bourdieu,<sup>14</sup> conceptualizan al capital social como el “conjunto de normas de cooperación y reciprocidad con que cuenta una comunidad y los valores que estructuran estas normas”; en sí es la capacidad de trabajar en grupo con un nivel óptimo en su localidad.

Un ejemplo, en la formación de recursos humanos en la promoción de la salud, es Chile donde crea una Red Nacional de Centros de Recursos Académicos para la Promoción de la Salud, como la más activa y productiva hasta la fecha, con una particularidad única y de gran interés experimental para futuros esfuerzos intersectoriales: haberse coordinado con el Servicio de Salud Regional para implementar la formación de personal para la salud familiar y la atención primaria con enfoque familiar; ambos esfuerzos están profundamente influidos por el movimiento de promoción de la salud.

Según la OMS, la misión del Departamento de Recursos Humanos para la Salud es: “Proporcionar a todo el mundo acceso equitativo a un personal sanitario, formado, competente que cuente con apoyo, a fin de contribuir y alcanzar el grado más alto posible de salud”.<sup>15</sup>

El equipo diseña y planea la ejecución de las políticas y estrategias destinadas a incrementar la pertinencia, calidad, capacidad en la formación y capacitación del personal sanitario, labor que incluye el fortalecer las instituciones para formar y capacitar personal sanitario más eficaz que responda a las necesidades en materia de salud del país mediante la formación, capacitación y regulación de la práctica médica.

El trabajo de Blum<sup>16</sup> señala e introduce conceptos que fueron la base de la promoción de la salud, como la acción intersectorial, la participación y el desarrollo comunitario, incluso refiere a Antonovsky como uno de los teóricos que señaló los intentos de propiciar cambios más allá de la acción curativa desde el sistema sanitario. Por su relación con las teorías del cambio social, el verdadero objeto de estudio de la salud pública no eran tanto las personas que sufrían o trataban de evitar los riesgos para la salud, sino el estudio cuidadoso de personas en plenitud que no enfermaban a pesar de estar expuestas a factores de riesgo, para imitarlas.

En México, como en otros países en desarrollo, se quiere conseguir una cobertura universal en salud y el acceso efectivo a los servicios de calidad, es uno de los desafíos más señalados, aunado a la necesidad de contar con recursos humanos profesionales y técnicos eficientes y aptos, en áreas dónde se requieren, con las competencias necesarias para brindar una atención eficaz, oportuna y de calidad que la población merece.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el apartado “México próspero”, paralelo al quinto objetivo del Programa Sectorial de Salud del mismo periodo, se plantea el uso efectivo de los recursos en salud, y en la estrategia 5.1 establece que se debe fomentar la formación y gestión de recursos humanos para la salud, a fin de cumplir con los principios de la OMS. En los últimos años, se ha observado que el aumento del personal de salud

<sup>14</sup> Bourdieu P., *Capital cultural, escuela y espacio social*, Siglo XXI, 1997, pp. 129-144.

<sup>15</sup> <http://www.who.int/hrh/about/es>.

<sup>16</sup> Blum, H., “Determinantes de salud. Modelos y teorías del cambio en conductas de salud”, en *Estilos*

(médicos, enfermeras y odontólogos) que tiene contacto directo con las personas es bajo en comparación con los países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.<sup>17</sup>

Sin embargo, se ha mencionado que la capacitación de los recursos humanos en salud es una corresponsabilidad de las instituciones involucradas, tanto de la Secretaría de Salud como de las instancias operativas, así como del prestador de servicios de salud en cada estado, sin dejar de lado el ámbito de la educación como la entidad rectora.

Es importante mencionar que la promoción de salud implica el desarrollo de las personas y el disfrute de su salud; en el marco de la educación para la salud surge el concepto de alfabetización en salud como un proceso educativo cuyo objetivo es responsabilizar a los individuos en defensa de su propia salud así como la de su colectividad. Es entonces todo aquello que incluye el proporcionar conocimiento y aprendizaje a la población, el desarrollo de habilidades que conducen a mejorar su salud en beneficio de los individuos. Para la OMS es un conjunto de habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder comprender y utilizar la información que le permita mantener una adecuada salud.

Una competencia importante que se debe considerar cuando se forman equipos en promoción de la salud, es el concepto de interculturalidad, como una postura filosófica y de funcionamiento cotidiano ante la vida, entendido como la interacción entre dos o más culturas; así, la interculturalidad busca propugnar el conocimiento, reconocimiento, valoración y aprecio por la diversidad cultural tanto étnica como lingüística y de conocimientos básicos de salud.

Es, en esta búsqueda por enmarcar el movimiento político de los pueblos indígenas de América Latina, donde la interculturalidad emerge primero en el ámbito educativo y luego en el de la salud.<sup>18</sup> El abordar los aspectos de salud desde este contexto de la interculturalidad, es analizar la realidad y pensar en la salud desde cuestiones fundamentales, como cuando formamos recursos humanos en salud, sean promotores, enfermeras y/o médicos.

Deben conocer, aceptar y valorar las prácticas de salud, con cada una de sus creencias y tradiciones al respecto, que rigen en cada localidad sea urbana, rural o indígena, para que enriquezcan e incorporen en su práctica diaria dichos conocimientos, de tal manera, que el perfil del alumno egresado de la carrera de médico cirujano contemple: el conocimiento, reconocimiento, valoración, respeto y aprecio de la pluriculturalidad de nuestro país, en particular de aquellas prácticas tradicionales en beneficio de la salud en los individuos.

La obra del doctor Gonzalo Aguirre Beltrán,<sup>19</sup> Programas de salud en la situación intercultural, fue el antecedente para la escuela de medicina en zonas rurales, cuyo objetivo era que los egresados de la carrera de medicina contarán con los componentes teórico y práctico al incorporarse a las comunidades indígenas durante su servicio social, situación que no ocurrió ya que los egresados optan por quedarse en la ciudad por diversos motivos.

---

<sup>17</sup> OMS. *Departamento de Recursos Humanos para la Salud. Programas y Proyectos*. 2017.

<sup>18</sup> Campos, R., *Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina, Santiago de Chile, CEPAL, junio de 2007*.

Es a partir del movimiento internacional de los derechos humanos del siglo XXI, que se vuelve a retomar el concepto de interculturalidad, en un intento por lograr una relación efectiva con la población que cada día tiene más exigencias y cuya cobertura está a cargo de los servicios de salud que, sin embargo, no alcanza a aquella población que carece de seguridad social. Bajo esta perspectiva de la interculturalidad, los valores compartidos de respeto, comprensión, paciencia y adecuación de los actores sociales quedan involucrados en el modelo de salud y enfermedad, considerando su contexto cultural, los cuales son congruentes con las experiencias aprendidas desde su grupo social.

Un gran acierto es la incorporación del componente intercultural en el currículo en cuanto a la formación de los recursos humanos en salud, lo cual evita la discriminación, reduciendo las brechas, y superando las diferencias. Al reconocer una identidad o establecer un ambiente de reconocimiento del otro y, por ende, de uno mismo, con una convivencia digna, aceptación mutua de las semejanzas y las diferencias, se busca la interacción de los actores sociales involucrados en beneficio de la salud colectiva.<sup>20</sup>

En la actualidad, ante la alta demanda de atención de la población por padecimientos crónicos degenerativos y, en menor medida, por infecto-contagiosos la atención de primer nivel es precaria, si no es que inexistente; ello ha despertado el interés en la formación de recursos humanos en promoción de la salud, tanto de las universidades públicas como en las privadas, además del sector de servicios de salud y las organizaciones no gubernamentales, para ello, se han desarrollado programas académicos de especialización en promoción de la salud y diversos materiales tales como guías y propuestas elaboradas para el desarrollo de competencias profesionales que orienten la preparación de recursos humanos en promoción de la salud; del mismo modo, se han creado y fortalecido redes de profesionales en promoción de la salud que se puedan propagar.

Destaca la presencia del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (Ciupeps)<sup>21</sup> cuyo objetivo es el análisis acerca de los diversos enfoques, las competencias así como las características de los programas de enseñanza en promoción de la salud y educación para la salud.

No obstante, entre los obstáculos a vencer en la enseñanza de la promoción de la salud encontramos:

- a) Establecer un foro entre los expertos para definir las competencias profesionales que deberán ser incluidas en el currículo estableciendo el perfil que se quiere formar.
- b) Desarrollar diversas estrategias para la enseñanza-aprendizaje de la promoción de la salud, en los recursos humanos disponibles y viables.
- c) Crear diversas temáticas en relación con la promoción de la salud vinculándola con otras disciplinas y promoviendo la producción de materiales teórico-prácticos para que sea una formación interdisciplinaria.
- d) Ampliar el intercambio académico, incluso de índole internacional, entre las diversas instituciones encargadas de la formación de los recursos humanos para la salud y,
- e) Optimizar los mecanismos de difusión de experiencias.

---

<sup>20</sup> Farfán, M. A., "Promoción de salud en la práctica comunitaria", *Rev. FacMed, UNAM*, 2007.

<sup>21</sup> *En metas en la promoción de la salud: las declaraciones de las conferencias mundiales. Colección*

Por ejemplo, la Facultad de Medicina de la UNAM, en su plan de estudios 2010 de la carrera de médico cirujano<sup>22</sup> contempla en el segundo año, con carácter de obligatoria, la asignatura de promoción de la salud en el ciclo de vida, con valor de siete créditos. Por eso todas las escuelas de medicina del país que están incorporadas a la UNAM la tienen considerada. Pero ¿qué opinan los alumnos con respecto a la asignatura? Señala 60% que sí es importante para su formación médica, 36% refiere que es muy importante, poco importante la considera 4%. Además, 77% refiere que la asignatura le ayudó a considerar sus actitudes personales, la responsabilidad y los valores éticos.<sup>23</sup>

Con respecto a fomentar la promoción de la salud en la comunidad, además de desarrollar la habilidad de la relación médico-paciente, se consideran en la segunda parte del curso las prácticas en centros de atención a la salud de primer nivel, sean estos centros de salud o unidades de medicina familiar pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, incorporándose en el programa de Prevenimss. Con lo anterior, se pretende cumplir con el objetivo de que los alumnos en formación en la asignatura de promoción de la salud en el ciclo de vida, lleven a cabo las actividades como parte de su vida diaria, como un proceso de inmersión, puesto que les agrada formar parte del personal de salud y brindar asesoría en materia de salud a los individuos que acuden a ella.

Lograr que el alumno se adapte a las necesidades locales y a las posibilidades de cada país y región es importante para determinar estrategias y planear programas de promoción de la salud. Ésta forma parte del proceso de atención integral, definida por:

Proporcionar asistencia primaria, tener presentes los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

Brindar atención de problemas crónicos haciendo uso de la rehabilitación, cuidados e integración, y considerar la promoción de la salud entre los individuos para el desarrollo y disfrute de su salud.

## Conclusiones

Los que formulan las políticas de salud saben que las poblaciones humanas, sea cual sea su cultura, son poseedoras de diversos conocimientos, habilidades y experiencias para la atención y procuración de su salud; sin embargo, es indispensable la existencia de un eje rector con metodologías que formule la ruta a seguir de dichas experiencias, lo que permitirá revelar los recursos individuales, colectivos e incluso ambientales que están ocurriendo en beneficio de la promoción de la salud.

Uno de los grandes retos en la actualidad es fortalecer la formación de profesionales de la salud, fomentando en ellos la capacidad de colaboración con sus propios recursos, sus costumbres y, no menos importante, su cultura. También es relevante la inclusión de las personas de la comunidad y establecer convenios con las instituciones involucradas en la formación de los recursos humanos en promoción de la salud.

La educación para la salud es uno de los instrumentos más importantes del aprendizaje para mejorar la alfabetización en salud, puesto que incluye el conocimiento y las habili-

---

<sup>22</sup> Plan de estudios 2010 de la licenciatura de médico cirujano, UNAM.

<sup>23</sup> Cortés y cols., *Evaluación de la asignatura de PSCV, FacMed, 2016.*

dades de las regiones y el empoderamiento de la salud de los habitantes, además de la prevención, el tratamiento y, en los casos que se requiere, la rehabilitación. Los grupos sociales y profesionales de la salud tienen el cometido de ser los mediadores entre los grupos antagónicos, procurando la salud.

Es necesario aplicar políticas para instaurar equidad y justicia social en el ámbito de la salud. Tanto en ciudades como en áreas rurales, miles de personas, aún en el siglo XXI, viven en la pobreza extrema en un medio ambiente que se deteriora día a día.

Otro de los obstáculos a vencer para el logro de la equidad en salud es el financiamiento, el cual es parte ineludible para que todo programa de salud se lleve a cabo en las denominadas aldeas globalizadas. Por ello, es importante situar a la formación de recursos humanos en la promoción de la salud como prioridad en las políticas y programas de salud desde los ámbitos local, regional, nacional e internacional, además de promover el liderazgo de este personal capacitado para que pueda lograr la participación activa de los diversos sectores de la población, promoviendo el empoderamiento de su salud. Son esfuerzos considerados a largo plazo cuyos resultados concretos contribuirán a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos sin dejar de lado la interculturalidad, respetando y valorando su aprecio por la diversidad cultural, étnica y lingüística.

### Fuentes bibliográficas

- Aguirre Beltrán, G., *Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Indigenista Interamericano, 1995.
- Arroyo, Hiram V., "La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina", *Global Health Promotion*, vol. 16, Issue 2, 15 de mayo de 2009, pp. 66-72.
- Blum, H., "Determinantes de salud. Modelos y teorías del cambio en conductas de salud", en *Estilos de vida y promoción de la salud: material didáctico*, 1971.
- Bourdieu, P., *Capital cultural, escuela y espacio social*, Siglo XXI, 1997, pp. 129-144.
- Campos, R., *Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL, junio de 2007.
- Cortés y cols., *Evaluación de la asignatura de PSCV*, FacMed, 2016.
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978.
- Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, 1997, pp. 7-10.
- Farfán, M. A., "Promoción de salud en la práctica comunitaria", *Rev. FacMed*, vol. 50, núm. 004, UNAM, 2007.
- Hernán, M., Morgan, A., Mena, A., *Formación de salutogénesis y activos para la salud*, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010. pp. 15-24.
- Menéndez, Eduardo L., "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciencia Saude Colectiva*, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207.
- Morón, C., "Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar", *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 45(1), 1995, pp. 374-378.
- OMS, Departamento de Recursos Humanos para la Salud. *Programas y Proyectos*, 2017.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García Merita, M. L., *Estilos de vida y salud*. Valencia, Albatros, 1999.

Plan de estudios 2010 de la licenciatura de médico cirujano, UNAM.

Reaburn, J., Jonh Rootman, I., *People Centred Health*, John Wiley and Sons, 1998. p. 233.

Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Políticas a favor de la salud, en Adelaida (Australia), 1988.

Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Entornos propicios para la salud. Declaración de Sundsvall, 1991.

Whitehead, Margaret, *The concepts and principles of equity and health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990.

[www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)

## IV VISIÓN DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD DESDE LA MEDICINA



## IDEOLOGÍA DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN TIEMPOS DE LA HIPERMODERNIDAD

Alejandra Rodríguez Torres, Edgar C. Jarillo Soto, Donovan Casas Patiño

### Resumen

La profesión médica y la práctica médica son procesos sociohistóricos que han evolucionado pero conservan algunas características de la vieja escuela relacionadas con sus valores y principios. La medicina como profesión liberal impuso su dominio de saberes y poder si bien ha dependido del Estado para lograr un estatus y reconocimiento social, marcando una clara diferencia entre esta profesión y otras profesiones. Los cambios sociopolíticos y la relación con el Estado hasta la época actual demarcan una práctica médica con rasgos de desprofesionalización y proletarización que permea no sólo la relación con el paciente, sino además está latente un choque ideológico entre lo que se construyó de la profesión médica en su naturaleza asistencial, altruista, religiosa y humanística, contra las exigencias hipermodernas mercantilistas, individualistas, hedonistas, fugaces e inciertas. En estos momentos de hipermodernidad, junto a las reformas estructurales, existe una contradicción entre los intereses de los pacientes, de los profesionales de la medicina, los intereses del Estado y los recursos disponibles (físicos, humanos, económicos) permeando en el detrimento de la salud del pueblo mexicano.

*Palabras clave: ideología profesional, práctica médica, hipermodernidad.*

### Abstract

The medical profession and medical practice are socio-historical processes that have evolved but also retain some characteristics of the old school, related to its values and principles. Medicine as a liberal profession imposed its knowledge domain and authority but also depended on the state to achieve social status and recognition to make a clear difference between this profession and other professions. In the present time, the medical practice has some features of deprofessionalization and proletarianization that permeates not only in the relation with the patient, but also it exist an ideological controversy between the medical profession and its principles and values (assistance, altruistic, religious and humanistic nature), against the hypermodern exigencies (mercantilism, individualism, hedonism), conditioning a medical practice fleeting and uncertain. In these moments of hypermodernity, in addition to structural reforms, there is a contradiction between the interests of patients, medical professionals, the interests of the state and the available resources (physical, human, economic) permeating to the detriment of mexican's health.

*Keywords: medical practice, medical proffesion, professional ideology.*

### Introducción

Todo proceso social lleva implícita una construcción histórica bajo el marco económico predominante que a su vez es reforzada por una ideología para garantizar su permanencia y reproducción. La profesión médica y su práctica no son la excepción, ya que han estado marcadas por diversos momentos históricos como instrumentos de dominación del Estado para mantener las relaciones de producción y reproducción capitalista, ahora en su fase neoliberal. La seguridad social, uno de los pilares del Estado benefactor, forma parte del pasado pues al presente le importa lo mediato, lo fugaz, lo hiper de lo moderno para formar parte del mercado global.

La práctica médica construyó sus saberes, los acreditó y los cuidó celosamente a fin de garantizar el dominio y hegemonía, centrándose más en mantenerlos que en cumplir el fin mismo de su creación; así, se incorpora como parte de las exigencias del mercado, de la producción en serie y de los intereses de particulares que vieron en la salud un bien o servicio explotable y redituable. Los efectos de las reformas neoliberales en los sistemas de salud y en la atención son visibles cotidianamente en diferentes expresiones: precarización laboral, deshumanización, despersonalización, desprofesionalización, etc. Los pacientes pasan a ser clientes, se encuentran en la lógica del mercado y consumo de la salud, con “gastos de bolsillo” que perpetúan la desigualdad e inequidad (Jarillo y Arroyave, 1996).

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar el momento histórico concebido como hipermodernidad y su expresión en el ejercicio de la práctica médica actual situando algunos elementos de la salud colectiva y de la salud en general desde diferentes perspectivas: instituciones, profesionales y pacientes, y describir los efectos de la hipermodernidad en la forma en cómo se desarrolla y vive la práctica médica. La conclusión de este documento no pretende ser un tema acabado, por el contrario, invita a la reflexión sobre cómo la ideología influye en un momento histórico determinado y al mismo tiempo sirve para mantener relaciones de poder sutiles tanto en los dominados como en los dominadores, y en el caso de la salud, en este momento, como un mecanismo de consumo dejando en segundo término al derecho a la salud y la responsabilidad del Estado como su garante.

### La hipermodernidad: un proceso histórico

Al aludir a modernidad nos referimos al periodo histórico y cultural enmarcado entre el siglo XVII y principios del siglo XX. Para Max Weber lo que caracteriza la modernidad es el desencantamiento del mundo, es decir, un proceso creciente de racionalización de todas las manifestaciones culturales y de especialización, con su consecuente secularización, facilitado por el Estado, por la burocracia y por el sistema económico capitalista industrial. La modernidad fue una liberación del ser humano y de la cultura, renovó la filosofía del ser buscando el énfasis en la filosofía del *conocer*; generó desde ahí la epistemología y dio origen al nacimiento de las ciencias. Con los revolucionarios franceses renovó la conciencia y el comportamiento político poniendo fin al régimen monárquico, generó la democracia y puso los cimientos de la liberación de los pueblos del Tercer Mundo (Habermas, 2008:11-15). Orientada por filósofos y economistas ingleses transformó la economía y generó el capitalismo desde su fase del industrialismo, con distintos aportes filosóficos dio principio a una sociedad secular. La modernidad, con el impulso de la tecnificación, desarrolló una ideología industrialista sostenida sobre la idea del consumismo y la riqueza concentrada; ideología científicista que al aceptar sólo el saber científico devaluó los otros saberes, sirvió de sustento para el surgimiento de la cultura del riesgo: conversión de la razón científica en razón instrumental (Zidane, 2000:9-27). Esta época marcó un crecimiento desbordante de la angustia y del escepticismo, hubo una lucha ante diferentes ideologías que aparecieron en todo el mundo como el socialismo y el comunismo, finalmente el capitalismo se impondría como modelo de producción y como ideología. Fue mediante el capitalismo como sistema económico-político e ideológico que se logró el control hegemónico de los pueblos considerados atrasados con métodos neocolonialistas. Situándonos en el panóptico ideológico, el capitalismo se imponía a través de la ciencia y la técnica como medio para perpetuarse en el poder. El individualismo generado por el capitalismo salvaje consumió las ideas de progreso de la sociedad y del bien común para perseguir sus objetivos egoístas: producción y consumo.

Es en ese tránsito donde empieza el posmodernismo, que transforma los ideales del modernismo en una misión nueva propiciada por el cansancio y el desencanto de las ideas de la modernidad. Una vez que la modernidad entró en crisis a partir del desarrollo de la física relativista y cuántica de principios del siglo XX, se provocó una nueva revolución científica y dejó obsoletos los principios rectores de la modernidad (Schopenhauer, Kierkegaard, Nietzsche, etc.) (González, 2006). En este contexto, el conocimiento pierde su certeza y pasa a ser incierto; el término *certidumbre* se transforma en *posibilidades*, tal como refería Prigogine (Cuesta, 2003; Zidane, 2000; Zavala 2001:80). Los individuos ya no creen en aquellos propósitos de progreso y desarrollo, no confían ni tienen fe en el futuro, se acabaron las utopías y los proyectos en búsqueda del mejoramiento y del desarrollo. El postmodernismo es, para Jameson y para Anderson, la atmósfera simbólica de nuestros días: sus fundamentos sociales son el dominio mundial del capital financiero y la unificación electrónica del planeta (Barone, 2001). El posmodernismo es también la señal cultural de un cambio en el horizonte existencial de la gente, la vida se desenvuelve ahora únicamente en el presente sin una visión clara de pasado o futuro, un estilo basado en la nostalgia sustituye la memoria social y dice adiós a los grandes principios rectores en la modernidad para abrirse a una nueva época en la que reina la indeterminación, la discontinuidad y el pluralismo (Jameson, 1991: 9-21).

Debido al capitalismo avanzado que se desarrolló después de la Segunda Guerra Mundial, crecen las fuerzas productivas, cambian los objetos de producción y se modifican las clases sociales ampliando aún más la brecha social entre ricos y pobres y se extiende la marginalidad social. En este nuevo sistema mueren las vanguardias, lo que implica la muerte de las ideologías adversas o revolucionarias por causa de la banalización de sus propósitos, efecto de su integración al sistema por parte de los medios de comunicación. La modernidad abrió camino a tres grandes sistemas: el mercado, la democracia y la tecno-ciencia, pero estos tres sistemas tenían sus enemigos y fue partir de los años setenta y ochenta que los opositores a estos sistemas perdieron credibilidad y entonces de un solo golpe la hipermodernidad se convirtió en la radicalización de la modernidad.

La hipermodernidad es considerada por algunos autores clásicos como una nueva época histórica y teórica, que sustituye al modernismo y posmodernismo; su teoría es multivariada pero guarda ciertos elementos clave en común. Para la hipermodernidad el mundo es superficial y carece de profundidad, es el mundo de la simulación; un mundo sin afecto y emoción; en esta época existe una pérdida de sentido del lugar de uno mismo en la historia: es difícil distinguir entre el pasado, el presente y el futuro. En lugar de tecnologías productivas, expansivas y explosivas de la modernidad (la cadena de montaje de automóviles), la sociedad está dominada por tecnologías reproductivas, aplanadoras e implosivas (la televisión, la computadora, internet, etc.). La hipermodernidad es una teoría social y también un momento histórico, en la cual nuestro mundo gira y se debate, esto nos ofrece diversidad de procesos que deben ser explorados. Lipovetsky (2006) describe cómo el fluido de las sensaciones efímeras de la condición hipermoderna ha trivializado aspectos de la vida que antes servían de límites a la voluntad de las personas. La moda y la vanidad, así como la profundización del hedonismo han llevado a la construcción de un consumidor impaciente, mezclado con la inmediatez y su ansia de deseo (Lipovetsky, 2004). Este es un campo fértil para la biotecnología, la cirugía estética, la clonación y en distintos espacios sociales como un culto a la moda y todo aquello que cumpla con cubrir el gozo de los espectadores. Esta época produce una transición del capitalismo al hipercapitalismo, del consumo al hiperconsumo, todo hecho cultural es un hecho mercantil, la vida cotidiana es absorbida por la cultura de consumo. Esto es aprovechado por las empresas que ahora tratan de ofrecer vivencias capaces de generar emoción y sensaciones, comercializan el ocio

y el miedo al envejecimiento, así pues el consumo es experiencial y nostálgico tratando de recordar el pasado (Lipovetsky, 1986).

Desde que el capitalismo mercantil surgió como una innovadora forma de producción de riqueza, éste se ha integrado a todo territorio que pueda desarrollar fuerzas productivas para reproducirse a sí mismo, apoyado por los ideales de la modernidad. Esto implicó la liberación del tráfico de mercancías, bienes y servicios, la implantación de nuevas tecnologías e internacionalización de la producción, la victoria del modelo democrático liberal, el nuevo liberalismo (neoliberalismo), implicando una drástica reducción del gasto público y de la Intervención del Estado en la economía en favor del sector privado. Todas estas formas de realidad (económica, tecnológica, política, social y cultural) crean una creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo, uniendo sus mercados y cultura, a través de una serie de transformaciones sociales de carácter global.

El término *globalización* hace referencia a este proceso de interconexión hacia la concepción de un mundo más fusionado, caracterizado por una integración de las economías locales a una economía de mercado mundial, por lo cual cobra mayor importancia el rol de las empresas multinacionales y de libre circulación de capital y mercancías, lo cual confluye con la sociedad de la información y el conocimiento (Drucker, 2002) así como con la sociedad del riesgo (Beck, 2006): calentamiento global, deterioro medioambiental, violencia, guerras, etc. La proliferación de los riesgos representa una de las contradicciones básicas de la cultura globalizada, al combinar los efectos locales del riesgo y los efectos globales de control. Si se examina la globalización del mundo como estrategia de acumulación de capital, ésta busca la universalización de políticas neoliberales mediante el colonialismo y el imperialismo, reduciendo al sujeto humano a un simple instrumento mercantilista e irrespeta la convivencia humana. La globalización sirve de emblema para desatar una ofensiva ideológica del sistema capitalista para ocultar la hegemonía y dominio de las grandes empresas transnacionales y multinacionales así como para enmascarar sus verdaderos propósitos: agudizar las asimetrías a nivel planetario (Jameson, 2008; Touraine, 1999). El discurso de la globalización construye imaginarios de pseudolibertad, consumismo, hedonismo, y la búsqueda de una calidad de vida a manera individual. Esto crea una manera de vivir alienada lo que impide un reencuentro consigo mismo, tomar consciencia de su situación y realizar una reflexión profunda para cuestionar la estructura que lo oprime y domina (Brunner, 1998). La sociedad de hoy es la sociedad del individualismo, del dinero todopoderoso, de las leyes, de lo privado por encima de lo público, donde permean los mecanismos de poder, control, vigilancia y disciplina sobre el cuerpo de los sujetos y sobre el cuerpo social. Foucault (2004) llamaba a estos métodos, disciplinas, las cuales proceden para distribuir a los sujetos en el espacio y poder controlarlos, ejemplo concreto de nuestro tiempos la medicalización de la vida, la medicalización de la sociedad como lo plantea Talarn (2007). Lo central de los cambios hipermodernos se manifiesta en el incremento del individualismo con un corte narcisista, hedonista y seductor propio de la época de consumo de masas, con el consecuente aflojamiento de los lazos sociales y los vínculos familiares y de pareja, así como el desplazamiento de ciudadanos a consumidores y el vaciamiento de sentido de muchas instituciones. El control social se oculta más que en el viejo sistema disciplinario descrito por Foucault (2004) y se instala mediante la seducción e ideologización del consumo y la manipulación de los deseos y emociones por los medios masivos de comunicación, o sea, el control consumista mediático logra do mediante la manipulación de los deseos.

La libertad queda reducida a la libertad de consumir, no sólo de consumir mercancías, sino también de esparcimiento, cultura y estilos de vida. También aumenta la incertidumbre, tanto laboral como afectiva con un futuro lleno de temor. El desmantelamiento del Estado benefactor, desarrollado de por sí insuficientemente en países pobres como los nuestros, genera una situación de catástrofe en las familias donde aparecen enfermedades y la falta de protección social condena a la marginación y muerte a ancianos, enfermos y pobres. Las instituciones pierden, así, sentido o lo trastocan y dejan de ser garantes sociales y referentes simbólicos (Lipovestky, 2007, 2006; Rojas y Sternbach, 1994). La globalización crea un reordenamiento de la vida social en torno al cual están en juego la asignación y apropiación de bienes, servicios, valores, donde el proceso salud-enfermedad no es la excepción. Por ende, es pertinente analizar cómo la hipermodernidad ha introducido una serie de cambios en la profesión médica a nivel global con la generación de nuevos actores, nuevas concepciones sobre la salud y nuevas prácticas.

### Práctica médica en los albores del desarrollo social

La práctica médica, entendida como la operación de un conjunto de conocimientos científicos y técnicos para producir una acción transformadora sobre determinados objetos (cuerpo, individuo, persona, etc.), es un proceso conformado y reconfigurado como elemento esencial en la lucha de la enfermedad (Casas, 2015). La práctica médica se ha ejercido en diferentes modalidades y funciona como instrumento de dominio cultural y control social, tiene un trasfondo en sus actores y estructuras, en su estrecha relación con los adelantos científico-tecnológicos, y con los intereses político-económicos del momento histórico.

El advenimiento de la democracia entre el final del siglo XVII y principios del XIX, abolió los privilegios de clase y la profesión médica se abrió a cualquiera que deseara ejercerla. El médico era miembro de una profesión liberal altamente respetada, la asistencia era por caridad y sin remuneración. Durante el siglo XIX, la profesión médica estuvo absorbida por los problemas de la investigación, progresó y se hizo más eficiente. La institucionalización de la medicina en el siglo XIX llevó a la práctica médica a convertirse en un monopolio sobre la enfermedad, la salud y la atención de los individuos, bajo una mirada biologicista, ahistórica, asocial, individual y con eficacia pragmática (Menéndez, 2008; 1990).

La medicina, como profesión liberal, impuso un poder y dominio, las enfermedades fueron reconocidas y *medicalizadas* (Foucault, 1980), fue así como a todo síntoma se le buscó una explicación y una cura. El tratamiento y la curación fue un triunfo de la racionalidad en *pro de la humanidad*, todo síntoma representaba un desorden físico que debía ser estudiado, reconocido y atacado. La modernidad y su racionalización social fue un campo fértil para el discurso médico pues se convirtieron en los grandes sustentos del *deber ser* y sirvió para el ejercicio del poder e imponer verdades a la sociedad. La práctica médica, como dominio de saber, coincidió plenamente y la colocó en la ruta de dominios que promovían el ejercicio político (Foucault, 2002, pp. 24-65).

En la era de la hipermodernidad se creó un campo propicio para un narcisismo desbordado y una medicalización de la vida, donde se ejercen normativas de control y poder implantadas por las políticas neoliberales (Casas, 2013). Es en este momento cuando la práctica médica se inserta como una profesión coincidente con lo prestablecido por las estructuras fácticas de biopoder, donde los hospitales son garantes de control del

cuerpo en todas sus fases orgánicas como inorgánicas, creando facetas patológicas y medicalizadas, así como intervenciones al cuerpo con nuevas especialidades fragmentadoras del propio conocimiento de la práctica médica sometiéndola a la normativa estructural del neoliberalismo en salud. De esta manera, la salud entra en la lógica de la competencia, generando una demanda de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, vinculada con el estatus y por la influencia de los medios de comunicación masiva, lo que Baudrillard (2009, pp. 169-172) menciona como una *demanda compulsiva de remedios*, donde los medicamentos y el médico pasan a adquirir una “virtud cultural” más que una función terapéutica. De igual manera existe un incremento en la automedicación como parte de un fenómeno que supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico-familiar, procesos inscritos en fenómenos económicos y políticos de estratificación social (Menéndez, 1990).

La medicina, con su práctica médica actual, ha sido intervenida por múltiples procesos sociales gestados en la hipermodernidad como el discurso médico y una ideología hegemónica constituyendo una identidad reproducida y perpetuada en los médicos, en las instituciones de salud y en los pacientes, con relaciones de poder asimétricas entre unos y otros y perpetuando las inequidades y desigualdades. La innovación tecnológica se ha constituido en el punto clave de la dominación al acrecentar el poder económico y como vehículo de las ideologías dominantes en todos los ámbitos del saber y el quehacer, incluida la práctica médica. Los modelos de salud generados en los países hegemónicos son reproducidos por los países subordinados desplazando y encubriendo necesidades no satisfechas de la sociedad receptora, dando lugar al surgimiento de necesidades desarticuladas del contexto original, promoviendo el consumismo y la convicción de que la tecnología es la solución de los problemas sociales y de salud.

Estas tensiones se incrementan al existir diferentes escenarios para el ejercicio de la medicina: las instituciones públicas, las privadas y las nuevas formas combinadas de ambas con participación de diferentes agentes intermediarios.

Las instituciones dependientes del Estado representan un porcentaje muy importante de la atención hospitalaria y de los servicios de consulta externa. La principal denuncia sobre estas instituciones se relaciona con la burocratización en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, los errores administrativos y los errores de la práctica médica, lo cual debilita la credibilidad del ejercicio de los profesionales en estas instancias (Fajardo, Hernández y Aguilar; 2012).

Por otro lado se encuentran las instituciones privadas como intento de responder a las *necesidades sociales y demandas de la comunidad*, la realidad es que responden al imperativo económico de la ganancia y perpetúan las diferencias sociales. El sector privado está sujeto a la lógica de los inversionistas y aseguradoras reemplazando el modelo liberal típico de la práctica médica privada en formas supeditadas a la rentabilidad, convirtiendo al médico en “aliado” del tercer pagador, conteniendo costos y maximizando las ganancias en detrimento de los beneficiarios.

Así, el profesional de la medicina funciona como mediador en estructuras de poder (Estado y/o privadas) para mantener y perpetuar, a través de una hegemonía construida históricamente, la producción y reproducción social de la economía dominante.

## Práctica médica: instituciones, alteridad, otredad y sus resultados

La práctica médica ha tenido transformaciones en concordancia con los modelos adoptados por la sociedad industrial moderna, pasando de un ejercicio liberal de la profesión a formar parte de un sistema de salud pública y, más recientemente, a ser pieza clave en el negocio de la salud.

El Estado benefactor, que tuvo su auge a finales de la Segunda Guerra Mundial y empezó a cuestionársele a partir de la crisis del petróleo en los años setenta del siglo pasado hasta lo que algunos consideran su fin con la firma de Consenso de Washington, en 1982, dando paso al neoliberalismo, tenía como propósitos reivindicar la satisfacción de las necesidades humanas, asumiendo una posición garantista incorporada en las respectivas constituciones nacionales para ser aseguradas por el Estado teniendo como llave de acceso la condición de ciudadano. Los gobiernos protegieron y alentaron los mercados nacionales con medidas proteccionistas y crecieron los sistemas de seguridad social y la clase media.

La crisis producida por el pago de la deuda externa en los ochenta condujo a una serie de políticas de ajuste estructural que acabaron con el Estado benefactor en los países latinoamericanos y contribuyeron al deterioro de la seguridad y asistencia social. El crecimiento económico de los noventa fue insuficiente para recuperar lo perdido una década previa y se acentuaron las pérdidas, reflejo de la retirada económica del Estado. Con el discurso globalizador neoliberal se apostó por la supremacía del capital en los ámbitos privados. La lógica social dio paso así a una lógica comercial que se sustentó en el mercado y la salud no fue la excepción.

Actualmente la práctica médica responde a la lógica de producción industrial en serie, tal como lo promueven e instrumentan algunos sistemas toyotistas y tayloristas-fordistas, donde para lograr la productividad es necesaria la estandarización y producción en serie, apelando a la subjetividad y el compromiso de los trabajadores con los objetivos de la empresa (Bronfman y Castro, 1999; De la Garza, 2000). Todos estos cambios en los sistemas han modificado la concepción de sus actores. El ejercicio médico, de ser una profesión liberal, pasó a ser una profesión asalariada y, en estos momentos, precarizada, flexibilizada y con rasgos de desprofesionalización. Los pacientes mutaron a “derechohabientes” y en la mirada actual, a una categoría de clientes y consumidores. La relación médico-paciente entró al laberinto burocrático, tecnificado, comercial, incierto, inseguro, posmoderno y se deshumanizó.

México no es ajeno a lo descrito anteriormente y en la actualidad se encuentra en una transición de la atención en salud a partir de cambios gerenciales introducidos en años recientes con motivo de la transformación económica y sociopolítica subordinada a la economía de Estados Unidos. Esta lógica neoliberal ha condicionado el aumento de la población en condiciones de pobreza, mayor desigualdad e inequidad (Jarillo, Casas y Contreras; 2016). El sistema de salud mexicano, de igual manera, a partir de los años ochenta y debido a las reformas neoliberales siguió la lógica de la privatización, redefiniendo la conformación de los sistemas de protección social y modificando la relación público-privada (Laurell, 2013). Estos cambios estructurales tienen implicaciones en el proceso de atención que se vive de manera diferente entre los actores, perpetuando relaciones de poder y dominación pero sobre todo llevando consigo miseria, cronicidad, enfermedad y muerte.

## Las instituciones en salud

El derecho a la salud es reconocido por todos los países, sin embargo, su garantía está sujeta a las políticas públicas, definiciones legales, procesos organizacionales, servicios ofrecidos y su carácter público o privado (Hernández y Ordoñez, 2011). La salud de los mexicanos tiene todos estos condicionantes pero además se encuentra la condición de estatus laboral, lo cual fragmenta a la población en dos categorías: derechohabientes y no-derechohabientes. De esta manera el sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa (Sedena), Secretaría de Marina (Semar)] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SS), Servicios Estatales de Salud (Sesa), Programa IMSS-Prospera (IMSS-P), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado está integrado por compañías aseguradoras y profesionales que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados incluyendo los servicios de medicina alternativa.

Todas estas instituciones están bajo la rectoría de la SS que tiene como tarea la planeación estratégica del sector, la coordinación intra e intersectorial, la regulación de la atención a la salud así como de los servicios, programas, políticas institucionales y sistemas. Cada institución tiene características particulares: capacidad instalada (instalaciones físicas y recursos de atención), recursos tecnológicos (equipamiento y soporte para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), insumos (recursos de todo tipo para garantizar la operación y funcionamiento), personal de salud (responsables de armonizar la operación institucional con la atención médica) y quizá el elemento más significativo, el flujo de pacientes (Jarillo, *et al.*, 2016). Todos estos aspectos dotan a la atención médica de una complejidad como proceso multidimensional al momento de la evaluación costo-eficacia-eficiencia.

Aunado a lo anterior existe un discurso político dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND)-Programa Sectorial de Salud (PSS) 2013-2018 (2012a), el cual pretende alinear cinco objetivos en torno a la meta nacional: Un México incluyente bajo las premisas de: *a)* garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población, *b)* asegurar el acceso a los servicios de salud y *c)* mantener la estabilidad macroeconómica del país. Las estrategias para lograr estos objetivos se marcan bajo las premisas de promoción, prevención, acceso efectivo y mejora de la atención, justificando la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Entre líneas deslinda la responsabilidad de la salud al actuar de las personas y a su responsabilidad de comportamientos bajo la lógica de factores de riesgo y no considera la determinación social del proceso salud-enfermedad como piedra angular. De esta manera la medicina institucional puede ubicarse en el sentido de la producción de un bien o servicio que responde a procesos de administración, gestión, normativas y políticas institucionales para garantizar su operación.

Al ser considerada la atención de la salud como un bien o servicio, se ha evaluado mediante indicadores de calidad: acceso limitado a servicios, servicios inefectivos e ineficientes, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales. Al analizar los puntos anteriormente considerados en la atención médica, el incumplimiento de los estándares de calidad es heterogéneo entre las distintas instituciones y su eficacia es reducida lo que genera insatisfacción de los usuarios. Estas contradicciones son visibles en el documento titulado: "La calidad de la atención médica a través de sus instituciones" (Hernández, 2015, p. 15), donde después de un análisis FODA (fortalezas-oportunidades-debilidades-amenazas) señalan:

Amenaza: falta de asignación de presupuesto o desviaciones en su uso.

Debilidad: se carece de la infraestructura mínima y escasos recursos, las acciones de carácter defensivo son suficientes para la subsistencia diaria.

Ambos aciertan porque México es el país que menos recursos destina, comparativamente con el promedio de los países de la OCDE (6.2% del PIB contra 8.9%), y un tema más importante es que los recursos que se aportan son diferentes entre los subsistemas que encabezan las instituciones de seguridad social; por el contrario, los gastos administrativos son los más altos de la OCDE (8.9%) (OCDE, 2016).

Con esa perspectiva global, pueden verse sus consecuencias en la atención médica otorgada en los diferentes instituciones de salud ya que sus características son precaria, insuficiente, de mala calidad, fugaz, encarecida, efímera y de resultados no valorables en el paciente; todo esto condiciona, por un lado, profesionales de la medicina atados al rigor normativo científico de las guías de práctica clínica y, por el otro lado, instituciones en salud públicas y privadas como reguladoras, vigilantes y reformadoras del acto médico. De esta forma todo evento de intervención para procurar y restaurar la salud de las personas y los colectivos debe ejercerse dentro de este ámbito, aunque sea insuficiente y altamente costoso.

El ejercicio de los profesionales de la medicina se ha convertido en un trabajo enajenado; si nos remitimos a algunas ideas de Marx, Hegel y Fauerbach, puede decirse que la práctica médica ha entrado a un proceso donde el espíritu se convierte en objeto y no tiene plena conciencia de sí, enajenando la realidad. En esta lógica entre productividad y alienación, los profesionales se convierten en una mercancía tanto más barata cuantas más mercancías produce, alejándolos del control y la capacidad de decisión de la organización y resultados del trabajo. Algunas consecuencias de ello han sido, por ejemplo, que se ha estudiado el desgaste profesional (*burnout*) como respuesta al estrés laboral crónico con deterioro físico, intelectual y conflictos interpersonales dentro del entorno laboral con actitudes de despersonalización (actitudes duras y deshumanizadas) en respuesta a las necesidades de los pacientes. La desprofesionalización, más allá de lo debatible, se percibe por los profesionales como una pérdida de valoración social, generando en respuesta actitudes de autoidealización y autoritarias codificadas como poder. Esta desprofesionalización también se ha propiciado por la aparición de nuevas profesiones con intervención en la salud, haciendo más competitivo el mercado de trabajo en el campo de la salud y ocasionando el mantenimiento del perfil clientelar con actos de una práctica médica burocratizada, precaria, deshumanizada y fallida.

## Alteridad profesional de la medicina

El ejercicio de la profesión médica se ha modificado históricamente de manera radical desde conferirle al profesional un carácter esotérico hasta pasar por el análisis de la sociedad de nuestros días con énfasis en aspectos como el profesionalismo, la ética, la supervivencia, su auge o desaparición. El profesional de la medicina se ha estructurado dentro de una cúpula de conocimientos científicos los cuales han sido construidos para el combate a las enfermedades, de esta manera este profesional, transcurre entre reconocimiento social y prestigio entre pares; en una gama de relaciones donde se dibuja un mundo de claroscuros, con el secuestro del profesional inserto en esas expresiones del hipermodernismo (Ayora, 2002). De esta manera el profesional construye su alteridad para dominio mediático de quien padece, sin ubicarse como parte de una dominación

compleja, como portavoz controlador del cúmulo de conocimientos basado en una alteridad. Como fuerza laboral para cualquier sistema de salud, son fuente de competitividad, productividad y resultados, y son parte del desarrollo de este profesional, dentro de un marco de normativas e indicadores que evalúan su desempeño de acuerdo con: número de pacientes atendidos por hora, medicamentos prescritos, envíos a interconsultas, solicitud de laboratorios o procedimientos realizados, etc. Esta concepción de la salud como *bien o servicio* se valora de acuerdo con mínimos y máximos, se reconoce el desempeño profesional por bonos económicos o por castigos, quedando la salud supe- ditada a la productividad, por lo que "... responder a las necesidades de la población con prioridad hacia la prevención y promoción de la salud" (PSS; 2012a: 34), queda como un recurso retórico distanciado de todo acto primario de la práctica médica y se materializa en un procedimiento o acto técnico-médico burocratizado.

Al final, la imagen proyectada por la profesión médica a los otros no señala, por ejemplo ¿cómo es posible otorgar adecuada atención cuando la tasa actual de médicos por 1 000 habitantes es de 2.2 mientras el promedio de la OCDE es de 3.2? ¿Cómo construir la prevención y promoción en salud en una práctica profesional fijada por el indicador en salud positivista y además carente de profesionales? Las respuestas están fuera del análisis de una mirada biomédica. En primera instancia se requiere de una construcción social de prevención y promoción de la salud que incluya a los determinantes sociales de la salud donde el profesional se instala como proveedor de estilos de vida saludable a través de intervenciones en salud no prescriptoras ni invasivas. En segundo lugar se requeriría incrementar 50% la cifra de médicos y triplicar el número de enfermeras, pero además, considerando el perfil epidemiológico actual del país, donde hay una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes y obesidad, se requieren profesionales con un perfil que reconozca la interculturalidad, que tengan habilidades interpersonales y de comunicación, pero sobre todo que conciban a la salud como un derecho universal e inalienable.

### Otredad (pacientes, clientes, indicador, derechohabientes...

Dentro de las relaciones medicina-médico, prescripción-diagnóstico, pronóstico-rehabilitación e instituciones de salud, se constituye toda una estructura de dominación, donde el dominado es el paciente, cliente, indicador, derechohabiente. Éste se constituye dentro de un *dominado cuerpo* donde sus sensaciones, sentimientos, miedos y encuentros, son explicados a través de síntomas para integrar una enfermedad reconocida *social y científicamente*. Su otredad se desvanece por múltiples relaciones de dominación al punto de la anulación, ésta producto de las reformas estructurales e institucionales de gestión que obligan al paciente a buscar otros medios para satisfacer su necesidad de salud. Según la Encuesta Nacional en Salud (Ensanut) (2012) y el PSS (2013-2018) el excesivo gasto de bolsillo indica que la población decide utilizar servicios privados pues los percibe con mayor calidad o enfrenta problemas de acceso a servicios públicos, a pesar de que han mejorado los establecimientos públicos encontrando el principal problema en el primer nivel de atención. Esto es consecuencia de la baja disponibilidad de recursos en comparación con los estándares de la OCDE (2016); según esta organización, el gasto de bolsillo constituye 44.7% de los ingresos del Sistema Nacional de Salud y 4% del gasto familiar, cuando el promedio se encuentra en 2.1%. De acuerdo con datos de la misma organización, en México existían en 2011, 1.7 camas por cada 1 000 habitantes (la recomendación es que haya 4.8), de las cuales 24% pertenecen al sector privado. Aún existen 3.2 millones de personas en 57 171 localidades con falta de acceso a los servicios de salud, y a pesar de expandir programas como IMSS-Prospera, unidades médicas

móviles y programas de cirugías extramuros, estas comunidades requieren utilizar los servicios privados ya sea por falta de recursos humanos y/o equipamiento o por falta de recursos para garantizar su operación.

La falta de acceso a los servicios de salud, la percepción de una atención ineficiente, ineficaz, burocrática, arrogante, ha permitido al mercado de la salud fenómenos como la creciente industria de las farmacias con consultorio, de las cuales, según la Cofepris, 43% de éstas ofrecen consultas médicas. En 2012 tuvo un crecimiento de 130% (posterior al Acuerdo para el control de la venta de antibióticos, en 2010); sin embargo, estos consultorios no tienen una regulación precisa, lo cual promueve y favorece la venta de medicamentos de forma indiscriminada. De esta manera el Sistema Nacional en Salud, al no poder ofrecer cobertura completa, sigue paliando la necesidad mediata a través de estas *tiendas de medicamentos* atendidas por profesionales, por lo cual no existe una proyección en salud que incluya la otredad y que beneficie a largo plazo a los colectivos de la nación.

De ahí la realidad de los millones de mexicanos que se enfrentan de manera cotidiana a un sector salud que continúa sin apreciar los contextos reales en salud de sus colectivos: desde la llamada “democratización de la salud pública” (Leal, 2000), hasta el Programa SiCalidad 2013 (PSS, 2012a) muestra las políticas públicas en salud, donde la penuria del colectivo ha sido borrada por la necesidad prioritaria de un sistema político económico que, en aras de la búsqueda de la universalidad de los sistemas de salud (Homogenización de los servicios de salud) ha descuidado la otredad en cada una de las estructuras básicas del sector salud. Así, el PSS 2013-2018, en su objetivo 6 y el Tercer Informe de Gobierno 2015, concretan como prioridad nacional: “avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud” (PSS, 2012b), el cual abarca de entre diferentes ejes rectores: la homogenización de la práctica médica a través de las Guías de Práctica Clínica, aumentar el número de afiliados al Seguro Popular, promover el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica (proveer servicios médicos con oportunidad y capacidad resolutive a mujeres que presentan emergencia obstétrica y a sus recién nacidos), consolidar el Padrón General de Salud (área profesionales de la salud: conocer cuántos médicos ejercen, horarios, especialidad y certificaciones, entre otras), dar continuidad al Programa Receta Resurtible y Programa Vales de Medicinas (meta: disminuir deserción por parte del paciente, asegurar el surtimiento de receta por 90 días, ofreciendo acceso efectivo y puntual de medicamentos de calidad), pasando por la homologación en el costo de servicios de atención (PSS, 2012 a y b), soslayando la otredad de los colectivos y eternizando así un sistema de salud con múltiples programas caritativos en salud, sin atacar las carencias estructurales para poder cumplir los derechos de los ciudadanos sumergidos en la adversidad.

### **Ideología de la profesión y su expresión en la hipermodernidad**

En los párrafos anteriores se hizo una breve descripción de la posmodernidad como momento histórico y sus implicaciones económicas y sociales, como contexto para ubicar a la práctica médica y la concepción de la profesión médica dentro de las políticas neoliberales y como parte de los aparatos ideológicos del Estado para la reproducción social (fuerza de trabajo y relaciones de producción) (Althusser, 1988). La ideología, en este sentido, trata sobre las maneras en que se moviliza el significado en el mundo y por consecuencia sirve en circunstancias sociohistóricas particulares para reforzar a los indi-

viduos y grupos que ocupan posiciones de poder (Thompson, 2002). Estos pensamientos dominantes no son otra cosa más que la expresión de las relaciones dominantes, es decir, de las relaciones de explotación tomadas bajo la forma de ideas (Althusser, 1988).

Situar a la práctica de los profesionales de la medicina en sus mediaciones estructurales y en sus determinaciones sociales (Jarillo, Mendoza y Salinas, 2015), funciona como un mecanismo de control para mediar la salud-enfermedad de los individuos bajo un modelo basado en la relación médico-paciente, y éstos deben ajustarse a sus roles socialmente institucionalizados. El médico es la instancia reconocida socialmente y legitimada para reconocer o no la enfermedad, actuando como un agente de control desconectado de las condiciones de vida y de las necesidades reales del paciente, pues la función del profesional de la medicina está normatizada a un rol. La mirada de los profesionales se reduce a la enfermedad y a lo individual desconociendo los factores estructurales que la determinan, por lo cual no se reconocen las contradicciones sociales que generan una patología.

La profesión médica y sus profesionales son una articulación importante con el modo de producción capitalista, pues juegan el papel de reproductores de las condiciones que en la sociedad determinan las formas de enfermar y morir de la sociedad, perpetuando mayor rendimiento de la fuerza de trabajo, producción y expansión de mercados.

La profesión médica y su práctica tienen una estrecha vinculación con el Estado y reproducen las contradicciones de una sociedad basada en la apropiación privada de la fuerza de trabajo para acumular capital. Esto es visible en la atención diferenciada de los servicios de salud, lo cual está relacionado con la estructura de clases, donde se presta cierto tipo de asistencia médica que no está en relación con las necesidades de quien lo solicita, sino con interés del capital, sirviendo como un “paliativo” ante los problemas que se originan en la desigualdad social sin tocar las bases estructurales del sistema. El modelo dominante de las determinaciones sociales del proceso salud-enfermedad se encuentra en razones de orden ideológico y político donde el concepto *salud* hace alusión al capital y la finalidad de la profesión médica y sus profesionales se centra en la *fuerza de trabajo* con connotaciones clasistas, dadas por la diferenciación de las instituciones médicas de atención: públicas y privadas, favoreciendo la atención diferencial de las clases sociales.

La introducción de recursos tecnológicos abrió paso a formas de organización de los servicios médicos dejando atrás a la medicina liberal para entrar en la producción de servicios médicos que no se orientan a las necesidades de la población sino a la acumulación de capital. La enfermedad se concibe como fuente de ganancias y poder para la profesión médica, enriqueciendo a la industria farmacéutica, a las compañías de equipo médico, material de curación, prótesis, ortesis y todo avance tecnológico relacionado con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención del proceso salud-enfermedad.

La profesión médica ha mantenido el *statu quo* del Estado, heredando de generación en generación “habilidades” bajo formas que aseguran el sometimiento a la ideología dominante y el dominio de su “práctica”, todos los agentes “profesionales de esta ideología” están compenetrados para cumplir “ciegamente” con las tareas asignadas sean *dominados o dominantes*. En el momento actual, existe un choque ideológico entre lo que se construyó de la profesión médica en su naturaleza asistencial, altruista, religiosa y humanística, contra las exigencias hipermodernas mercantilistas, individualistas, hedonistas, fugaces e inciertas, lo cual deja en segundo plano conceptos cruciales, siendo el más relevante el derecho a la salud.

## Fuentes bibliográficas

- Althusser, L. (1988). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado: Freud y Lacan*. Nueva Visión.
- Ayora, S. (2002). *Globalización conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*, México, Plaza y Valdés.
- Barone, M. (2001). *Globalización y posmodernidad: encrucijada para las políticas sociales del nuevo milenio*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Cepal, recuperado de <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/8260/posmodernidad.pdf>.
- Baudrillard, J. (2009). *La sociedad de consumo*, México, Siglo XXI.
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Madrid, Paidós.
- Bronfman, M., y Castro, R. (1999). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, México, Edamex.
- Brunner, J. J. (1998). *Globalización cultural y posmodernidad*, Santiago de Chile, Breviarios, Fondo de Cultura Económica.
- Casas, D., Rodríguez, A., Costa, C. y Contreras, G. (2015). "La práctica médica en la hipermodernidad: caso médicos de Instituciones en salud del Estado de México", *Ciencia desde el Occidente*, 2 (2), pp. 51-61.
- Casas, I., Casas, D., Contreras, G. y Rodríguez, A. (2013). "El cuerpo, hipermodernidad y medicina", *Revista de Medicina e Investigación*, 1(2), pp. 95-98.
- Cuesta, R. (2003). *Tiempos modernos. Mitos y manías de la modernidad*, España, Club Universitario.
- De la Garza, E. (2000). *Sociología del trabajo*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Drucker, P. F. (2002). *La gerencia de la sociedad futura*, Bogotá, Colombia, Norma, 2002.
- Fajardo, G., Hernández, F. y Aguilar M.T. (2012). "Queja médica y calidad de la atención", en G. Fajardo y F. Hernández (eds.), *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*, México, Sector Salud, pp. 47-59.
- Foucault, M. (2004). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*, Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (2002). *Historia de la locura en la época clásica*, tomo II, Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (1980). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología a la mirada médica*, México, Siglo XXI.
- González, A. (2006). "La psicopatología en la modernidad y la posmodernidad", en *Med-wave*, 6(5): e2290.
- Habermas, J. (2008). *El discurso filosófico de la modernidad*, Buenos Aires, Katz Editores.
- Hernández, F., y Alcántara, M. A. (2015). "Niveles de evaluación de la calidad", en Gobierno de la República (ed.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones* (11-26), México, Secretaría de Salud.
- Jameson, F. (1991). *El posmodernismo o la lógica cultural del capitalismo avanzado*, Barcelona, Paidós Ibérica.
- Jarillo, E., Casas, D. y Contreras, G. (2016). "La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva", en *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 4(11): 1-20.
- Jarillo, E. C., Mendoza, J. M., y Salinas, A. A. (2015). "La formación de recursos humanos para la salud", en C. Tetelboin, J. A. Granados (coords.), *Debates y problemas actuales*

- en medicina social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación*, México, UAM, pp. 85-114.
- Jarillo, E. y Arroyave, G. (1996). "Las políticas de reforma sanitaria y la desaparición del derechohabiente", en *Política y Cultura*, 7: 235-248.
- Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, CLACSO.
- Leal F. (2002). "El Programa Nacional de Salud 2001-2006. Imponiendo una Agenda", en *El Cotidiano*, 19 (114):100-111.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica: ensayos sobre la sociedad de hiperconsumo*, Barcelona, Anagrama.
- \_\_\_\_\_ (2006). *Los tiempos hipermodernos*, Barcelona, Anagrama.
- \_\_\_\_\_ (2004). *El imperio de lo efímero*, Barcelona, Anagrama.
- \_\_\_\_\_ (1986). "La era del vacío", en *Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Barcelona, Anagrama.
- Menéndez, E. (2008). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en H. Spinelli (comp.), *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (1990). *Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismos al movimiento continuo*, México, Cuadernos Médico-Sociales.
- OCDE. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*, París, OECD Publishing.
- PSS 2013-2018 (2012a). Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los establecimientos y Servicios de Atención Médica. Recuperado de :[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/31025/PAE\\_2013\\_2018\\_DGCES.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/31025/PAE_2013_2018_DGCES.pdf)
- PSS 2013-2018 (2012b). Plan Nacional de Desarrollo: Gobierno de la Republica. Logros 2014. Recuperado de : [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps\\_2013\\_2018.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf).
- Rojas, M. C. y Sternbach, S. (1994). *Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Talarn, A. (2007). *Salud mental y globalización*, Barcelona, Herder.
- Thompson, J., *Ideología y cultura moderna. Teoría social en la era de la comunicación de masas*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Touraine, A. (1999). *¿Cómo salir del liberalismo?*, Madrid, Paidós.
- Zavala, I. (2001). *El rapto de América y el síntoma de la modernidad*, España, Novagrafik.
- Zidane, Z. (2000). *Modernidad y posmodernidad: la crisis de los paradigmas y los valores*, México, Limusa.





## LAS DISTINTAS CONCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD. UNA INDAGACIÓN DESDE LA MEDICINA NARRATIVA EN MÉXICO

Carolina Martínez Salgado

### Resumen

La manera en la que las personas entienden y enfrentan sus problemas de salud se encuentra íntimamente vinculada con los contextos culturales que orientan sus concepciones del cuerpo y del mundo. Hoy día, la concepción de la enfermedad y sus causas está cada vez más permeada por los postulados de la medicina occidental moderna. Pero aun así, la brecha que separa las concepciones médicas y las de los enfermos es grande, en especial para aquellos que han crecido inmersos en tradiciones distantes de la visión científica que rige al pensamiento médico. Éste fue el tema de reflexión planteado a un pequeño conjunto de estudiantes de medicina de una universidad pública mexicana en el último año de su formación, durante el cual prestaban su servicio social en unidades de atención primaria para población de bajos niveles de ingreso, requisito obligatorio para graduarse como médicos en México. Esta indagación exploratoria y reflexiva condujo a percibir varias de las aristas de este desencuentro y a buscar posibilidades para enfrentarlas a partir de los postulados de la medicina narrativa.

*Palabras clave: relación médico-paciente, medicina narrativa, experiencia, subjetividad, educación médica.*

### Abstract

People interpret and face their illnesses according to cultural contexts in which conceptions of body and world are forged. The conception of disease and its causes is nowadays permeated by the postulates of modern western medicine. Even though, there is a wide gap between medical conceptions and those of sick people, especially for those raised in traditions distant from the scientific perspective that governs medical thinking. This was the problem considered by a small group of medical students from a mexican public university in the last year of their training, during which they provided their social service in primary care units for low income population, a mandatory requirement to graduate as doctors in Mexico. This exploratory and reflexive inquiry led us to the perception of several aspects of the perspectives in conflict and to the quest of possibilities to face them based on the postulates of narrative medicine.

*Keywords: Medical education, doctor-patient relationship, narrative medicine, experience, subjectivity.*

## Una brecha difícil de zanjar

Las concepciones de la enfermedad y sus causas se encuentran hoy día fuertemente permeadas por los postulados de la medicina occidental moderna. Aún así, la brecha entre la perspectiva de quienes sufren algún padecimiento y la de los profesionales que los atienden suele ser grande. Esto obedece, esencialmente a una circunstancia que han destacado ya importantes autores en diferentes épocas y desde diversas perspectivas teóricas: médico y paciente ocupan lugares con significados e implicaciones muy distintos frente a la perturbadora experiencia que es la enfermedad (Balint, 1961; Winnicott, 1970; Charon, 2001 y 2011). Así ocurre aun en los casos en los que la concepción racional del padecimiento es la misma para quien lo sufre y para quien lo atiende, puesto que una es la experiencia de aquel cuya continuidad existencial ha sido afectada por la enfermedad, y otra la de aquel a quien el primero recurre para que lo auxilie en ese trance. Pero cuando, además, estas concepciones son diferentes, la distancia entre médico y enfermo se hace verdaderamente abismal, debido a las distintas maneras en las que en cada contexto cultural se interpreta lo que es, y por qué ocurre, todo aquello que la medicina identifica como enfermedad, y los procedimientos que se consideran apropiados para hacerle frente. Este último ángulo ha sido materia de estudio de autores como Kleinman (1980) y Waitzkin (1991).<sup>25</sup>

Sin embargo, el conocimiento generado por autores como éstos no ha logrado revertir el efecto negativo de las tendencias reduccionistas inherentes a la visión positivista subyacentes al pensamiento científico sobre la capacidad de los médicos para reconocer las experiencias vividas por los pacientes, e incluso para conectarse con los significados de las suyas propias (Charon y Hermann, 2012). Ya desde la segunda mitad del siglo pasado, algunos de los más perceptivos autores comenzaron a abogar por la necesidad de proteger la habilidad de los médicos para escuchar las historias singulares de quienes padecen alguna enfermedad, tan valiosa para la labor terapéutica y también para el proceso de aprender a realizarla (*ibid.*).

Lamentablemente, el tiempo que se dedica en las escuelas de medicina de nuestros días a la consideración de estas complejas dimensiones es cada vez menor. Y al ser así ignoradas, sus componentes se transforman en obstáculos para un mejor y más comprensivo acercamiento del médico con cada uno de sus pacientes. Para nuestro infortunio, a la par que aumenta el conocimiento científico de la enfermedad y las posibilidades tecnológicas para atenderla, disminuye el reconocimiento de la importancia crucial de la dimensión subjetiva en su doble vertiente, cultural y relacional, y tiende a ser ignorado el enorme potencial terapéutico de esa dimensión, conferido por el innegable efecto que los vínculos ejercen sobre los seres humanos (Balint, 1961; Winnicott, 1970; Charon, 2001).

## Lo que no se enseña al médico

De los diversos ángulos implicados en esta problemática, en esta indagación quise ocuparme de la conmoción que sufren los jóvenes recién egresados de las escuelas de medicina cuando, al inicio de su práctica, se encuentran con pacientes que han crecido y viven inmersos en tradiciones bastante distantes de la visión profesional, gobernada

<sup>24</sup> Tema al que volveré hacia el final de esta comunicación al explicar la idea del fenómeno de paralaje.

<sup>25</sup> Y se le ha abordado también desde la profundidad que permite la perspectiva etnopsicoanalítica iniciada por Devereux (2003).

por el pensamiento científico, en la que ellos acaban de prepararse. En escenarios como éstos, el saber médico que con tanto esfuerzo han logrado integrar a lo largo de sus estudios entra en franca colisión con la manera en la que sus nuevos pacientes conciben y enfrentan los problemas de salud, lo cual se encuentra íntimamente vinculado con los contextos culturales en los cuales se forjan las concepciones del cuerpo y del mundo. Esto es algo para lo cual, lamentablemente, su formación profesional no los ha preparado.

¿Por qué decidí concentrarme aquí, específicamente en el caso del médico, dentro del amplio conjunto de los profesionales de la salud? Mi elección obedece a dos razones. La primera, enteramente práctica, es que se trata de la formación en la que yo me encuentro involucrada. La segunda, de índole más conceptual, se relaciona con la importancia que concedo al siguiente postulado: una de las especificidades de la profesión médica es que de quienes la ejercen se espera que conozcan los caminos hacia la cura de la enfermedad;<sup>26</sup> que encarnen a quien detenta el “supuesto del remedio”; que puedan proveer la solución al problema del enfermo (lo cual en no pocas ocasiones es imposible). Esas expectativas ejercen, evidentemente, un peso considerable sobre estos profesionales.<sup>27</sup>

El camino que ensayé para emprender esta parte de mi indagación, a la vez exploratoria y reflexiva, fue la organización de un diálogo con un grupo de estudiantes avanzados de medicina de una universidad pública mexicana en el período en el que realizaban su servicio social obligatorio. La prestación de este servicio en alguno de los múltiples centros de atención primaria en los que se atiende a la población más desfavorecida, es uno de los requisitos que los estudiantes de medicina mexicanos han de cumplir para graduarse como médicos.

Los fundamentos teórico-metodológicos que orientan este trabajo deben mucho a los planteamientos desarrollados por Charon y sus colaboradores en el Programa de Medicina Narrativa de la Universidad de Columbia, en Nueva York (Charon, 2005). Porque aún si el sencillo ejercicio cuyos resultados voy a exponer está muy lejos de asemejarse al estructurado y formal trabajo con la medicina narrativa que ese grupo realiza, éste fue ideado y realizado bajo el influjo de sus propuestas sobre la riqueza que esta modalidad de indagación puede aportar a la formación de los futuros médicos.

¿Cuál es la base teórica para sostener que la escritura de lo que se va viviendo tiene alguna utilidad en la formación del médico?<sup>28</sup> Charon y Hermann (2012, p. 3) lo explican de la siguiente manera:

*La escritura se usa para alcanzar el estado de reflexión [...]. Representar la experiencia propia en el lenguaje es quizá el medio más poderoso por medio del cual uno puede hacerla visible y, así, comprensible. Escribir es la manera en la que reflexionamos sobre nuestra propia experiencia. Es como si eso que es experimentado tuviera que ser de alguna manera*

<sup>26</sup> Cura en el doble sentido que le confirió Winnicott (1970) a ese concepto: como remedio de la enfermedad cuando eso es posible, y cuando no, como cuidado de quien la padece.

<sup>27</sup> Las cuales pueden generar en ellos, por cierto, las más diversas y no siempre deseables actitudes (Main, 1978; Halpert, 2009). Pero ese es un tema del cual, en esta ocasión, no podré ocuparme.

<sup>28</sup> Y aun cuando como, antes señalé, no voy a referirme a los demás profesionistas del equipo de salud, estos planteamientos bien pueden hacerse extensivos para todos ellos.

<sup>29</sup> Las cursivas son de R. Charon y N. Hermann. La traducción (al igual que todas las incluidas en este texto) es de C. Martínez.

*“puesto afuera” de la persona para que así pueda ser aprehendido y, entonces, comprendido.<sup>29</sup>*

Además, cabe esperar que la escritura reflexiva ayude al futuro médico a convertirse en un mejor clínico:

*El estudiante de medicina que ha desarrollado la habilidad para representar estados de cosas o situaciones complejas y para recibir y descodificar las expresiones de otros, está equipado para llevar a cabo tareas clínicas centrales. Este estudiante será capaz de captar en forma matizada todo lo que los pacientes emiten —en palabras, apariencia, gestos, hallazgos físicos, silencios—. Atento, receptivo, agradecido con los pacientes por compartir con él sus estados interiores, el estudiante absorberá la situación del paciente en su complejidad, y entonces podrá actuar en su nombre a partir de ese conocimiento. [...] Profundizar en el sentido de una historia nos abrirá a la inmensidad, la pérdida, la incertidumbre, y los significados que unen a todos los enfermos y a todos quienes hacemos lo mejor que podemos para cuidarlos (Charon y Hermann, 2012, p. 4).*

Por lo que se refiere al caso que aquí voy a exponer, la conciencia de encontrarme frente a estudiantes de una profesión que, en nuestros días, los aleja cada vez más del cultivo de las habilidades literarias y los empuja hacia el distanciamiento emocional, me llevó a probar, antes que con la escritura, con esa suerte de precursor del relato escrito que es la narración oral. Los invité, entonces, a participar en una conversación colectiva para compartir entre ellos y conmigo algunas de sus experiencias. Mi intención al comenzar esta incursión a través del “equivalente verbal” de la comunicación escrita fue la de eludir la resistencia que imaginé podría suscitar en ellos el enfrentamiento con “la hoja en blanco”. Pero la experiencia que aquí voy a describir fue pensada como un primer paso en dirección a la escritura reflexiva de la que hablan Charon y sus colaboradores. El intento de continuarla nos precipitaría poco tiempo después y de una manera para mí enteramente inesperada —como lo expuse ya en un trabajo previo (Martínez, 2015)— al siguiente escalón: el momento de la escritura.<sup>30</sup> Pero regresemos ahora a la experiencia de la que aquí quiero ocuparme.

La conversación que a continuación reproduzco fue sostenida durante una de nuestras reuniones quincenales a lo largo del año en el que tuve a mi cargo la asesoría de este grupo (2014), y nos ayudó a enfocar la atención en algunos ángulos del delicado problema constituido por la distancia que separa la perspectiva médica de la de quienes viven la enfermedad, algo que —como antes planteé— con tanta frecuencia se convierte en motivo de desencuentro entre médicos y pacientes. Los participantes compartieron algunas de sus difíciles y frustrantes experiencias, hablaron de las vías que espontáneamente habían ensayado para tratar de enfrentarlas, y debatieron junto conmigo en torno a todo ello.

---

<sup>30</sup> Esto ocurrió, como ahí lo referí, cuando uno de los grupos con los que intentaba organizar el diálogo manifestó cierta incomodidad ante mi invitación a compartir con los compañeros las experiencias que estaban viviendo. A mí me fue posible percibir la presencia de ciertas tensiones entre sus integrantes, que les impedían sentirse en la libertad de tener un intercambio de esta naturaleza. Fue esa situación la que me condujo a proponer la posibilidad de aventurarnos a probar con la escritura y, para mi sorpresa, el grupo encontró en ella una modalidad mucho más confortable para verter sus reflexiones.

## La reunión

Las aulas de nuestra universidad no son tan confortables como nos gustaría que fueran. Pero al menos en esta ocasión una de ellas estaba destinada a ser el escenario de un agradable acontecimiento. Un pequeño grupo de médicos pasantes en servicio social, aproximadamente unos 20, había sido autorizado para salir de los centros de salud en los que atienden cotidianamente a los habitantes de una de las regiones más desfavorecidas de la zona central del país (en el estado de Hidalgo), con el propósito de acudir a la reunión que ahí tendría lugar. Toda oportunidad de pasar un par de días en la ciudad, reencontrarse con su familia y amigos, convivir por unas horas con sus compañeros, es siempre, para ellos, muy bienvenida. En esta ocasión, el motivo que lo hizo posible fue mi empeño por lograr su presencia en la universidad para recibir la asesoría que, como estudiantes, aún requieren y merecen, aun si para lograrlo hay que sostener toda una batalla con las autoridades sanitarias para las cuales laboran, jamás dispuestas a prescindir ni por un instante de su trabajo.

A pesar de la relativa cercanía geográfica entre sus sedes y la Ciudad de México, todos ellos habían invertido varias horas para llegar, debido a la precariedad de los caminos que mal comunican a estas localidades con las carreteras. Ese día yo tenía preparada para ellos una nueva propuesta. Prescindiría, al menos por esta vez, de los temas teóricos comprendidos en nuestro programa habitual. Lo que deseaba, en cambio, era invitarlos a entablar una conversación en torno a un asunto sobre el cual sabía que tendrían numerosas e inquietantes experiencias que contar: ¿cómo entienden sus pacientes sus propias enfermedades?, ¿a qué atribuyen su ocurrencia?, ¿qué tanto se acercan o se distancian sus concepciones profesionales de las de sus pacientes?, ¿cómo hacen para tratar de entenderse con ellos en medio de todo esto? Y sobre todo: ¿les acarrea algún tipo de dificultad en la relación que intentan establecer con ellos?

## Encuentros y desencuentros

Los invitados habían llegado. Dejamos algunos minutos para la celebración del encuentro, el intercambio de noticias, los juegos y las bromas. Terminado este pequeño rito inaugural, les presenté mi propuesta. El grupo se quedó unos minutos expectante. Se miraron de reojo, comenzó el bullicio, por varios minutos cuchichearon entre sí. Y de pronto, Alicia tomó impulsivamente la palabra:<sup>31</sup>

“Yo tengo un paciente con diabetes. Me explicaba que se la diagnosticaron a raíz de un susto. Él iba caminando con sus vacas, y por el camino se encontraron con otro rebaño. Algo pasó que asustó a los animales, y todos empezaron a correr. Él se cayó y una de las vacas lo golpeó tan fuerte que tuvieron que llevarlo al hospital. Él dice que de ahí ya no quedó bien. Sintió que algo dentro de él se rompió. Algo se rompió en su corazón, y eso fue lo que ocasionó que su cuerpo no pudiera ya asimilar el azúcar. Ahora el azúcar se le ha regado por todas partes. Ésa es la manera en la que él entiende su diabetes.”

---

<sup>31</sup> Los nombres que aquí utilizaré no son los nombres reales de los estudiantes, ya que varios de los participantes manifestaron su preferencia por mantener el anonimato.

¿Dónde conociste a este paciente?, le pregunto.

“A él lo atiende en la clínica en la que hago mi servicio social en Xodhé, en el estado de Hidalgo. Es un pueblo muy pequeño, bastante aislado, que se ha ido vaciando. La poquita gente que aún vive ahí casi no sale porque hay que caminar mucho para llegar hasta la mina, que es por donde pasa la carretera. La clínica donde los atiende se construyó hace unos 18 años. Fue apenas entonces cuando ellos empezaron a tener atención médica, y así fue como empezaron a descubrirse sus diabetes, sus hipertensiones arteriales y todas sus enfermedades. Antes de estar en contacto con los médicos, ellos todo se lo atribuían al clima o a lo que les iba pasando en la vida. Y todavía ahora, a pesar de nuestras explicaciones, así lo entienden.”

En ese punto, Roberto se mostró deseoso de contarnos lo que él había atestado:

“Yo también tengo experiencias parecidas. Estoy en un poblado en donde casi no hay comunicación con el exterior. Y hay ahí unas creencias... muy propias de ellos. Por ejemplo: me llegó al consultorio un paciente con una alergia en el brazo. Le expliqué lo que tenía, pero él me dijo que le ocurrió porque alguien le hizo mal de ojo. Antes de venir conmigo, él ya había hecho lo que ahí acostumbran para curarse de eso: quemar tortilla y ponerse la ceniza en la lesión. Luego hay que darle a comer esa tortilla a un perro para que el mal se pase al perro y se le quite a la persona. Yo le expliqué que no era así como ocurría, pero lo único que logré fue que se molestara conmigo. Así que terminé por recetarle el antialérgico indicado y le dije: ‘sí, haga como usted quiera, todo lo que considere necesario, pero por favor tómese este medicamento’. Yo sabía que eso era lo que de verdad le iba a ayudar.”

Animado por la atención que su relato suscitó entre nosotros, continuó:

“En este mismo lugar las mujeres embarazadas acostumbran ponerse en la ropa unos seguritos para evitar que sus bebés nazcan con alguna malformación. Y aún si llegan a consulta con el ultrasonido del último trimestre de embarazo en el que se muestra que su bebé está bien, no sueltan el segurito. Hay también familias que tardan en llevar a sus niños enfermos a consulta porque dicen que la enfermedad se debió a que el santito se enojó con ellos. Al principio, cuando me decían eso, no les decía nada. Pero ahorita, luego de tantos meses de ver lo mismo, ya me molesta que no se cuiden, que no acudan al médico cuando están mal.”

Prendida la mecha ya no hubo forma de parar el fuego. Todos deseaban comunicar sus experiencias y cada uno lo hizo con entusiasmo, compromiso y pasión.

### **Los dilemas de los médicos pasantes en servicio social**

El resto de la reunión se caracterizó por un animado intercambio sobre los desafíos a los que se enfrentaban en esta última y difícil estación del camino hacia la obtención del grado, al intentar brindar a sus pacientes la mejor atención que les era posible. Se debatió acaloradamente sobre si lo más conveniente sería buscar analogías cercanas a la forma de pensar de los pacientes para tratar de explicarles lo que les pasa, o si lo que habría que hacer es enseñarles la terminología médica para que pudieran referirse con corrección y propiedad a sus enfermedades, asunto sobre el cual hubo posiciones muy encontradas. En cambio, se manifestó un acuerdo unánime sobre la necesidad de insistir enfáticamente a las personas atendidas en que por ningún motivo dejaran de tomar los medicamentos prescritos, independientemente de sus creencias. Casi todos reconocie-

ron la inutilidad de oponerse a las ideas de los pacientes sobre sus enfermedades, y muchos relataron cómo al paso de los meses terminaron por elegir no contradecirlos: “hay que darles por su lado”, se recomendaban unos a otros, aunque el grado de tolerancia a esa situación era entre ellos muy variable. Surgió también el problema de cómo comunicarse con los pacientes que sólo hablan lengua indígena (algo que aún es frecuente en esta región). Hubo quién se manifestó por aprender al menos las palabras necesarias para saludarlos, preguntarles sobre sus síntomas, conocer cómo denominan a las distintas partes del cuerpo. Al lado de esta problemática emergió también la de los migrantes a los Estados Unidos (un evento también muy frecuente en la región) que regresan hablando *espanglish* y con nuevas ideas sobre cómo atender sus enfermedades. Pero volvamos con los protagonistas de este encuentro para escuchar de su propia voz estas historias.

Rocío: “En mi clínica he visto también casos parecidos a los que comenta Roberto, de que te llegan a decir que les dio el mal de ojo. Y no te vas a poner a pelear con ellos por eso, porque no te van a entender, se van a enojar y ya no van a querer venir a consulta. Así que simplemente yo les doy un poquito por su lado, trato de entenderlos y les digo: ‘sí, está bien, tal vez sea mal de ojo, pero también es esto otro’, y les insisto en que tomen el medicamento que considero más adecuado.”

¿Tienes algún ejemplo para compartir con nosotros?, le pregunto.

Rocío: “Sí... ¡y te pueden llegar con cualquier cosa, con cualquier cuadro clínico! Por ejemplo, una señora llegó a decirme que traía a su hijita de dos años porque tenía diarrea, y que eso le había pasado porque le habían hecho mal de ojo. Esto le sucedió cuando estaba en un mitin de una campaña política con su niña. La pequeña se puso a aplaudir y una señora la vio feo. Desde ahí comenzó con esta diarrea que ya no se le quita. Ellos piensan que alguien te hace algo como brujería, así que se ponen estos adornitos que creen que los protegen, como los listones rojos o los ojos de venado que les ponen a sus niños para evitar que les hagan el mal”.

Paty: “A mí hay pacientes que me han contado lo mismo para explicarme por qué todos los niños andan con un ojo de venado: ‘para que no se me vaya a enfermar si alguien lo ve feo’, dicen.”

En ese punto Pedro terció, con cierto tono de impaciencia:

“Es que ése es el problema... Ustedes lo ven así porque son originarias de la ciudad. Yo nací en un pueblo del estado de Guerrero, así que de niño conocí todo eso personalmente en mi comunidad: sé dónde están las corvas,<sup>32</sup> he oído del mal de ojo y del mal de orín,<sup>33</sup> sé de la creencia en el listón y el ojo de venado, por eso no me es tan difícil entenderlo, ni lo encuentro tan diferente de lo que yo viví. Acá en la ciudad todo eso les parece raro y desconocido.”

Pero Jorge quería continuar con el tema del desconcierto que le ocasionaban las creencias de sus pacientes, enteramente contrastantes con lo que él aprendió en sus estudios de medicina:

<sup>32</sup> Es la denominación coloquial con la que popularmente se designa a la fosa poplíteas, la parte de atrás de las rodillas.

<sup>33</sup> Comúnmente una infección de vías urinarias.

“A mí me llegan a la clínica con las heridas infectadas todas untadas de hierbas. Hace algún tiempo llegó un paciente que se había cortado y había cubierto la herida con tela de cebolla, porque su mamá le enseñó que esa tela ayuda a detener la infección. Ellos usan las plantas para curarse y, como muchos son pastores, así curan también a sus borregos. Yo no se los critico. Me dicen: ‘es que, doc, así hacemos nosotros, y sí nos funciona’. Yo les digo: ‘bueno, si usted cree que funciona, adelante, haga como quiera... nada más le pido que no deje de tomar su medicamento’. Pero así nos llegan, todos embarrados en hierbas.”

Gabriela quiso aquí compartir algo de lo que ella había atestiguado:

“Yo atiendo a una señora de un pueblo donde la gente es muy arraigada. Ella tiene una hija de 32 años a quien le dan ‘ataques’, o sea, crisis convulsivas. Ella cree que su hija está así porque de chiquita la espantaron. Dice que luego, ya más grandecita, cuando tenía 5 o 6 años, se cayó de un caballo y desde entonces dejó de hablar, solamente se ríe.”

Yo no me abstuve de participar en la conversación: “¿Habrá sufrido, quizá, algún traumatismo craneoencefálico que le ocasionó alguna lesión neurológica?”

Gabriela: “Los hermanos de esta chica me dicen que no, que ya tenía el problema desde antes de la caída del caballo. Me cuentan que a ese caballo la subieron contra su voluntad, y como ella no quería subirse no se agarró, así que cuando el caballo respingó la niña se cayó. Pero me dicen que en esa ocasión se lastimó sólo el brazo. Ellos piensan que el problema de su hermana se debe al susto que tuvo cuando era bebé. Yo lo que creo es que pudo haber sufrido algún problema perinatal, porque la señora me ha contado que el suyo fue un embarazo difícil, y el parto también lo fue. La atendió una partera y tardó mucho en nacer a pesar de que era ya su tercera hija. Pero me platica que de todos modos no hubiera podido llegar al hospital porque en ese tiempo había que caminar alrededor de cinco horas nada más para llegar a la carretera, y ya ahí había que ver cómo conseguir transporte para viajar hasta el hospital.”

Entonces Horacio, con cierta ansiedad, se apresuró a contarnos:

“En el pueblo en el que yo estoy, trato de explicarles a mis pacientes lo que encuentro cuando los examino. Pero creo que no me entienden ni una palabra. Hay señoras a las que les digo: ‘usted es hipertensa’, y se me quedan mirando sin entender qué será lo que les dije. Me dicen: ‘no... yo, no’. Les digo: ‘sí, mire, mire lo alta que le encontré su presión’. Y me dicen: ‘ah... ¿sí? ¿y eso es malo?’ Se ve que no tienen ni idea de lo que eso significa para su salud. Así que a cada nuevo paciente que diagnostico tengo que explicarle cómo es eso: que están las venas por donde corre la sangre, y buscar analogías con lo que se me ocurre, con un popote, con una manguera por donde pasa el agua... que eso es malo porque daña diferentes órganos, y trato de explicarles la evolución de la enfermedad y todo lo que puedo. Pero siento que no me entienden absolutamente nada, y a mí se me dificulta mucho también darles alguna explicación accesible. Cuando el paciente se va, yo no sé si logré darle a entender algo o si lo confundí más, no sé qué es lo que entendió de todo lo que le dije. Durante la consulta les pregunto siempre si tienen alguna duda. Jamás me preguntan nada, pero estoy seguro de que se van con todas sus dudas y preguntas. Creo que tampoco ellos saben cómo preguntarme.”

Escucharlos me trajo a la memoria aquella reflexión de Morris Berman (1995, p. 301) que tanto me conmovió la primera vez que la leí, hace ya un buen número de años, al hacerme cobrar conciencia de la transformación a la que ahí alude: “[...] entrar al mundo de

la ciencia moderna es entrar a un mundo de abstracciones que violan las observaciones cotidianas. [...] Los alumnos que están formándose para tomar posiciones en esa cultura son rápidamente reeducados en el modo de percepción newtoniano/cartesiano/galileano”.

Ese recuerdo me llevó a intercalar un comentario: “Sí, cuesta trabajo entender las concepciones médicas de la enfermedad... Nada más acuérdense de todos los años que les ha tomado a ustedes llegar a entender lo que entienden ahora...”

Quizá la manera tan breve y poco explícita en la que lo planteé impidió que mis palabras comunicaran lo que yo deseaba transmitir. Pero no por ello esa intervención dejó de dar su fruto, ya que imprimió un nuevo y sugerente curso a la discusión. El primero en reaccionar fue Roberto, que agregó:

“Sí, eso es lo que yo digo. Y creo que el problema es que nosotros no sabemos explicarlo en términos adecuados para que los pacientes entiendan... Creo que el problema de todos nosotros es que no podemos explicárselos. Cuando yo intento explicarles lo que es la diabetes, quiero hacer analogías, y luego me cuestiono: ‘¿por qué estoy diciendo azúcar, en lugar de glucosa? Bueno, con tal de que él me lo entienda...’. Pero ahora, lo que estoy tratando de hacer es enseñarle a los pacientes los términos correctos. Les digo, por ejemplo: ‘A ver, lo que usted tiene es la presión alta, pero no se llama presión alta, el término adecuado es hipertensión arterial. Así que usted, a partir de ahorita, está enfermo. No va a sentir ninguna molestia, no va a tener nada, la única forma de saber que usted tiene hipertensión arterial es midiéndole su presión, y va a tener que tomar todos los días un medicamento para controlar esta enfermedad’. Así trato de explicárselos. Porque luego usamos esa terminología médica... y los pacientes nos dicen: ‘oiga, y con hacer corajes ¿se me sube la presión?’ Y yo les digo: ‘Nooo... Son emociones que pueden contribuir a que su presión se eleve, que le pueden traer problemas, pero la hipertensión y la diabetes no se producen a causa de que usted haga corajes’. Yo creo que el problema radica en cómo nosotros tratamos de no decirles las cosas en términos médicos porque no saben de medicina, pero entonces, al tratar de hacer otras analogías, cometemos errores, no hacemos analogías buenas. Creo que el problema está en cómo el médico explica, eso es algo que no nos enseñan a hacer.”

Tania, ya muy próxima a la culminación de su servicio social y por ello con una experiencia relativamente mayor que los compañeros que apenas comenzaban (de los cuales formaba parte Roberto), se apresuró a intervenir:

“A mí me parece que quienes estamos haciendo nuestro servicio social podemos valerlos de un apoyo muy importante que es la enfermera. En la mayoría de los casos ellas viven ahí, en ese lugar, o en algún lugar cercano. Así que ellas nos explican cuáles son los términos que se utilizan en el pueblo para hablar de las enfermedades, del cuerpo y de otras cosas. A mí me pasó que de pronto los pacientes me decían: ‘yo quiero una picha, présteme una picha’, y yo no tenía ni idea de qué era eso. Bueno, pues una picha es una cobija, como me explicó la enfermera. Ellas también nos pueden ayudar a encontrar la mejor forma para explicarles lo que uno les quiere decir. Hay enfermeras que llevan años en la clínica, conocen a todos los pacientes que vienen a consulta, saben qué enfermedades tienen, sus edades, nombres, lo que les ha pasado en su vida. Pueden ser para nosotros un apoyo muy importante para auxiliarnos a explicarles las cosas

<sup>34</sup> Se trata de una planta de la región extremadamente urticante.

a los pacientes. Tal vez parezca tonto y no del todo correcto abandonar la terminología médica y esforzarnos por utilizar analogías, o explicar las cosas en términos coloquiales, pero eso nos ayuda a tratar en forma más cercana al paciente, a hacer más conversación con ellos, nos enseña a escucharlos, a saber lo que piensan y cómo puedes tú apoyarlos, cómo puedes dejarles algo, tal vez una enseñanza. Sí —dijo dirigiéndose a su compañero Roberto—, tal vez está bien explicarles en términos médicos, pero no te lo van a entender... Entiendo que te desesperes, al principio a todos nos pasa. Venimos con la idea de que la hipertensión funciona así, y que la mitocondria esto y el otro... pero en tu clínica de pronto alguien llega y te dice: “es que me dio *guau*”... y tú te preguntas ¿qué cosa es eso? Sí, así me pasó a mí. Llega una paciente y me dice que le dio el *guau*,<sup>34</sup> venía toda llena de sarpullido porque había estado en contacto con una hierba. Así fue como aprendí lo que era el *guau*. Un rato después de que atendí a esa paciente —y si no me lo creen tengo como testigo a otra compañera también pasante en servicio social que estaba ahí conmigo— llegó a consulta otra señora con una espina de nopal en un ojo. Le retiré la espina y me dijo: ‘además, tengo el *guau*’. Así que mi compañera y yo aprovechamos para preguntarle a mi enfermera que estaba ahí afuera qué cosa era el *guau*. Porque los pacientes no te pueden decir nada más que lo que ellos conocen. Mi enfermera nos explicó entonces que era una planta que abunda por ahí, como una especie de ortiga, pero como aprendimos mi compañera y yo, ésta produce en la piel una reacción todavía más intensa. La gente sabe que si la toca se le pone la piel así.”

Hablar de las enormes diferencias en la manera de experimentar el mundo según el contexto y la cultura en la que habitamos (Martínez, 2011) me condujo a plantear la siguiente interrogante sobre su percepción de los efectos de ese marco fundamental a través del cual comprendemos nuestro mundo, y organizamos sus componentes y relaciones en nuestra mente: el lenguaje.

Carolina: “¿Y cómo les va con los pacientes que hablan lengua indígena?”

Óscar: “Yo estoy en una población donde mucha gente habla hñähñü.<sup>35</sup> Los pacientes de mayor edad a veces no hablan español. Así que cuando me tocó el primer caso de éstos, yo no sabía lo que la paciente me decía y tuve que pedirle a alguien del comité de salud que pasara a la consulta para que me tradujera. Entonces pensé: ‘como médico, necesito aprender algo de hñähñü, al menos lo suficiente para poder preguntar ‘dónde te duele’ y conocer los nombres de las partes del cuerpo; lo necesario siquiera como para poder decir a mis pacientes: ‘buenos días, buenas tardes, siéntate’. En el pueblo en el que estoy hay maestros que enseñan hñähñü. Y cuando una de estas maestras me fue a ver para el seguimiento de su embarazo, le dije que necesitaba aprender algo de esta lengua. Me dijo: ‘¡doctor!, usted vaya el día que quiera y le damos las clases. Sólo dígame al maestro qué es lo que necesita, y él lo enseña’. Desde entonces, cada vez que puedo me doy una escapadita para ir a aprenderlo poquito a poco. La verdad, es más difícil que el inglés. Cuando digo o pronuncio mal una palabra, me dicen que ya estoy diciendo otra cosa. Pero ahí estoy, haciendo el esfuerzo, y no me da pena hacerlo porque me interesa conocer a mi pueblo, saber cómo nombran mis pacientes a sus enfermedades.”

Alicia: “En Xodhé, donde yo estoy, son muy contados los que todavía hablan hñähñü. Lo que sí hablan es *spanGLISH*, porque hay mucha migración hacia Estados Unidos. En

<sup>35</sup> Lengua indígena de la etnia otomí que habita en algunas regiones del centro de México. En su propia

ciertos períodos del año la gente sólo puede sobrevivir ahí gracias a alguna de estas tres cosas: lo que les envía algún pariente de Estados Unidos, lo que gana algún miembro de la familia que trabaja en la mina, o lo que reciben como apoyo gubernamental por parte de alguno de los programas supuestamente dirigidos contra la pobreza. Así que muchos de ellos no saben leer ni escribir, pero te llegan al consultorio hablando *spanglish*. Otomí, aquí ya prácticamente no se habla.”

Aparece aquí este nuevo tema aparentemente ajeno al saber médico pero cuya influencia en la configuración de los daños a la salud no puede ser desestimada: el de la migración. En un país con la ubicación geopolítica del nuestro, se trata de un asunto cuya consideración es ineludible. ¿Cuánto de ello alcanzan a percibir los futuros médicos al comenzar su práctica profesional en contextos como estos?

Carolina: “¿Alguno de ustedes ha observado cómo estarán influyendo estos flujos migratorios en la manera de entender y de atender las enfermedades?”

Alicia: “En donde yo atiendo creo que eso influye sólo para el caso de los más jóvenes. Porque los que tienen más de 30 o 40 años se quedaron ahí dedicados a la mina. Pero los que tienen de 13 hasta algo más de 20, se han ido a los Estados Unidos y son los que regresan con otras ideas.”

Julia: “Sí, algo así pasa también en mi centro de salud. Vienen a decirme: ‘es que en Estados Unidos me dieron este medicamento’, y llegan con su cajita. A veces nada más te dan un nombre, o una marca, pero no traen la receta, y casi nunca saben para qué les dieron ese tratamiento. Así que vienen con la idea de que si allá les dieron eso, aquí en el centro de salud nosotros les vamos a dar la receta para que consigan lo mismo. Pero nosotros no podemos dársela así nada más, sin conocer su historia clínica, sin saber ni qué tienen, y a veces sin saber siquiera de qué medicamento se trata”.

Pero casi de inmediato la conversación volvió al cauce de sus más inmediatas preocupaciones: las demandas de los pacientes y su distancia con lo que ellos han aprendido a ofrecer como buena práctica:

Juan: “¡Y sobre las inyecciones! ¿qué tal con las inyecciones? Muchos pacientes vienen conmigo en busca de inyecciones. Si no se las mando sienten que no les hice nada. Cuando se sienten mal vienen y me dicen: ‘vengo por unas inyecciones’. Les digo: ‘¿y por qué inyecciones?’. Me dicen: ‘es que eso es lo más fuerte y me va a curar rápido’. He tenido pacientes que se molestan cuando no se las mando.”

Rodrigo: “En el centro de salud del municipio donde yo estoy no se mandan inyecciones. Pero la gente llega con su medicamento y quiere que nosotros se lo inyectemos a como de lugar, aún si no llevan receta. Y si no la llevan, no es correcto que les apliquemos un medicamento que no sabemos si se los prescribió algún médico. Pero cuando no lo hacemos se molestan. Yo no acostumbro a recetar inyecciones, excepto muy ocasionalmente penicilina, y eso sólo cuando es muy necesario. Le explico a la gente por qué, pero como dice Juan, si no los inyectas piensan que no estás haciendo nada por ellos.”

Hasta aquí el rico, instructivo e interesante diálogo que este grupo de estudiantes a punto de convertirse en médicos tuvo la generosidad de compartir conmigo y auxiliarme, así, en la identificación de algunos de los elementos que nuestras escuelas de medicina tendrían que incorporar para una mejor formación profesional.

## En busca de nuevas rutas hacia la comprensión de la persona enferma

Las inquietudes expresadas por estos futuros médicos en el transcurso de su brusca inmersión al mundo en el que pronto empezarán a ejercer su profesión traducen, me parece a mí, su genuino compromiso con la tarea para la cual eligieron prepararse, y su intenso deseo de atender de la manera más adecuada a las personas enfermas que acuden a ellos. Eso, a mi vez, me compromete como integrante del cuerpo docente a cargo de su formación a mantenerme en la búsqueda de todo aquello que pueda ayudarles a hacerlo. Fue así como intenté incorporar, tiempo atrás, algunas de las valiosas aportaciones de Balint (1961, 1966, 1992) y, más recientemente, las de Charon que son en las que ahora voy a concentrarme.

De los muchos y sugerentes conceptos e imágenes que esta autora nos ofrece, quiero mencionar aquí sólo tres, que encuentro especialmente potentes para apuntalar la intuición tan viva aún en los médicos en formación de la importancia que tiene, para lograr un adecuado proceso terapéutico, atravesar la brecha que los separa de los pacientes. Estas ideas apuntan también, por cierto, a la trascendencia que tiene el empeño por recobrar el respeto profundo que merece ese semejante que sufre, el paciente. Porque más allá de los numerosos obstáculos que a ello opone el contexto en el que se enseña y practica la medicina en nuestros días, sin ese componente fundamental no hay manera de alcanzar un ejercicio profesional satisfactorio, ni para el médico ni para el enfermo. Hablaré entonces, aún si es muy brevemente, del *fenómeno de paralaje, del cuerpo que habla del sí mismo y del cuerpo como hogar en el que mora la persona* (Charon, 2011).

El *fenómeno de paralaje* se refiere a una analogía que Charon encontró en Slavoj Žižek, y la trajo al ámbito de la atención de los problemas de salud para ayudar a comprender lo que ocurre en el encuentro entre médico y paciente. La propuesta epistemológica de fondo es que el espectador cambia la posición ontológica de lo observado; la implicación es que: “no sólo vemos lo que estamos hechos para ver, sino que también lo que se ve se encuentra alterado por quien lo ve.” (*ibid.*, p. 35). ¿Cómo podría esto venir en auxilio de los estudiantes de medicina en transición hacia el comienzo de su ejercicio profesional, para permitirles un mejor entendimiento de los ineludibles desencuentros con sus pacientes? “Cuando un paciente habla con un médico sobre su enfermedad —dice Charon—, ambos interlocutores han de tener en cuenta el fenómeno de paralaje, es decir, el cambio en la percepción del objeto ocasionada por la posición distinta con respecto a éste en la que se encuentran los observadores” (*ibid.*, p. 35). En nuestro caso, por supuesto, el “objeto” del que se trata es la enfermedad, e incluso el cuerpo alterado por la enfermedad. Cuando el clínico tiene esto en mente, dice Charon, entiende que las diferencias de perspectivas entre él y la persona enferma a la que atiende no dependen de un simple malentendido o de una falta de conocimiento (científico, por parte del paciente; de la experiencia vivida por el enfermo, por parte del médico). Lo que ahí se expresa es, en realidad, la profunda y conflictiva diferencia de las *posiciones*<sup>36</sup> en las que cada uno de ellos se encuentra ante el suceso que los reúne que es la enfermedad del paciente:

*La persona enferma se enfrenta a otra persona, el médico, que ve la enfermedad fundamentalmente como algo que hay que arreglar y manejar, una persona cuya formación y responsabilidad clínica han estropeado su capacidad para entender lo que es vivir con la enfermedad. El médico se enfrenta a otra persona, el paciente, que ve la enfermedad fundamentalmente como algo a ser sufrido y significado, una persona cuya existencia misma*

<sup>36</sup> La autora escribe la palabra en cursivas para enfatizarla.

*lanza un reto al conocimiento, una mirada de reojo a la impotencia, una acusación muda de que no todo puede curarse. A menos que existan motivos de confianza entre estos dos participantes antes del inicio de una enfermedad grave, la exposición obligatoria a la medicina lleva al miedo, a la culpa, a la vergüenza y a la violación que inundarán cualquier esfuerzo que se emprenda para lograr un contacto genuino. El único camino hacia el contacto dentro de estas dos zonas fronterizas es el que pasa por la profunda humildad, la modestia, el perdón mutuo y el reconocimiento profundo y dinámico de uno mismo y del otro (Charon, 2011, p. 36).*

Cuando un paciente y un médico se encuentran, observa nuestra autora, habitualmente el lenguaje aparece al menos como una estratagema en el esfuerzo por establecer el contacto. La plática precede casi siempre a la aplicación del instrumento, la prescripción del medicamento o la indicación de la prótesis. Pero lo que las palabras representan suele ser muy distinto para el que habla y para el que escucha. De ahí que resulte crucial la conciencia, por parte del profesional, de que los médicos y quienes no lo son hablan idiomas radicalmente distintos, tan diversos como los supuestos que tienen en mente.<sup>37</sup>

Los otros dos conceptos mencionados pueden ayudar al clínico a lidiar con las dificultades que imponen esas diferencias, al proporcionarle un par de poderosas herramientas conceptuales que le permitirán reducir la distancia. Estos son los de *cuerpo que habla del sí mismo (self)*, y *cuerpo como hogar en el que mora la persona*.

El cuerpo dice de sí mismo —reflexiona Charon en este sugerente texto—, habla del sí mismo al que aloja, de ese sí mismo del cual el propio cuerpo forma parte. Ese cuerpo tiene el poder para contar muchas cosas. El médico que no aprende a escucharlo se encuentra bastante desvalido como clínico. Un buen clínico sabe que el cuerpo por sí solo no puede recuperarse de la enfermedad. No puede hacerlo, por ejemplo, si el sí mismo que lo habita se niega a tomar el medicamento, a hacer la terapia física o el ejercicio, a seguir las recomendaciones que el médico le propone. Un clínico suficientemente bueno se percata de que el cuerpo no es más que la puerta de acceso al sí mismo del paciente; no sólo a su situación corporal, sino también a su más profunda identidad, que ha quedado expuesta por la enfermedad. Darse cuenta de todo esto es crucial para salvar el abismo que separa al médico del paciente. Sin un contacto humano verdadero, el tratamiento difícilmente será efectivo.<sup>38</sup> El médico que no aprende a establecerlo corre un alto riesgo de dejar al enfermo sin tratamiento, y se queda él mismo sin ese valioso recurso que le permitiría realizar su tarea con satisfacción tanto para él como para su paciente. He de añadir, con tristeza, que esta es la situación en la que se encuentran algunos de los maestros a cuya empobrecida enseñanza están entregados nuestros estudiantes.

En cuanto a la imagen del cuerpo como morada, la autora parte de la consideración de que los humanos estamos contenidos por los espacios y tiempos que nos han sido dados, y también por nuestros cuerpos:

Mis pacientes viven en sus cuerpos. Sus cuerpos son sus hogares. Cuando yo, como internista, observo el lugar en el que mi paciente vive —las lejanas paredes de la retina de sus ojos, la membrana timpánica en lo profundo de sus oídos, el cuello del útero

<sup>37</sup> Charon se remite aquí al sociolingüista Mishler para sugerir que en la conversación entre médico y paciente se despliegan dos voces: la “voz de la medicina” y la “voz del mundo de la vida”, dos voces que con frecuencia entran en colisión.

<sup>38</sup> Como ya también lo hiciera notar Balint (1961) en su época.

que asoma desde las onduladas paredes rosadas de la vagina— tomo la medida de su marco y de lo que ese marco encierra. Estoy disfrutando del tremendo privilegio de imaginar y entrar en el primer hogar de mi paciente. Para que mi examen físico no sea percibido por el anfitrión como una transgresión, yo, el huésped, debo seguir las reglas de su reino. Este precepto es quizás aún más cierto para mis colegas los cirujanos, quienes manipulan las puertas de maneras más dramáticas que como hago yo con mi oftalmoscopio o incluso con mi espéculo. El punto es que el reconocimiento del cuerpo como el hogar del sí mismo asegura un nivel de asombro y reverencia no disponible para el médico que trata al cuerpo como una máquina o un tejido enfermo. Esto proporciona una poderosa alternativa a las formas esencialistas o mecanicistas de ver el cuerpo —que consideran que el cuerpo, o bien restringe la libertad por sus propias propiedades (sexismo, edad, racismo), o es simplemente un vehículo mecánico y sin sentido para el sí mismo. Esta alternativa —que el cuerpo aloja y reconoce y da voz al sí mismo— transforma, muy fundamental y gravemente aquello *para* lo que es la medicina, lo que sentimos que debemos a nuestros pacientes y cómo habitamos nuestros propios cuerpos. A través de este reconocimiento hacemos crecer no sólo nuestro conocimiento de nosotros mismos y de los otros a través de este reconocimiento, sino también el conocimiento directo de las *relaciones* con los demás, en estas membranas personales, a través de la agencia de los cuerpos (Charon, 2011, p. 48).

Cuando el médico logra cruzar la ancha brecha que lo separa de la persona enferma en busca de auxilio y consigue, así, acercarse genuinamente a ella, entonces se abre la posibilidad de una búsqueda conjunta de los mejores caminos para transitar, cada uno en su posición, por esa difícil experiencia. Para hacerlo, sostiene nuestra autora, hay que construir algunas nociones sobre cómo el cuerpo del paciente está comunicándolo consigo mismo y a la vez, en otro canal, con el médico. Ambos podrán percatarse, entonces, de cómo ciertos síntomas parecen estar respondiendo a determinadas situaciones vitales, y cómo el cuerpo —entendido ahora ya no como una máquina, sino a la manera de un poderoso instrumento musical, complejo, misterioso— está diciendo al paciente algo que de otro modo no podría saber sobre sus relaciones con el mundo, con los demás, y sobre sus propias elecciones vitales.

Ahora bien, nada de esto supone que el saber adquirido por el médico a lo largo de su formación sea prescindible. Todo lo contrario: sin él no podría construir, junto con la persona enferma a la que asiste, esas nociones sobre las formas de comunicación del cuerpo. Es necesario que el médico conozca lo suficiente sobre el cuerpo, su biología, la intrincada interrelación de sus sistemas, sus dolencias, y también sobre los posibles tratamientos de los que podría echar mano. Cuando el cuerpo ha comunicado su mensaje, es necesario que quien lo reciba sepa lo necesario para poder descifrarlo. El mensaje ha de ser escuchado desde el marco de referencia de la biología humana. Un marco exclusivamente psicológico, antropológico o sociológico no bastarían para comprenderlo. Sólo que, a juicio de Charon, el marco biológico ha de ser fortificado por un marco “narratológico”, para que el mensaje que el enfermo, aún sin saberlo, emite a través de su cuerpo, logre alcanzar a ese receptor que es el médico.

Todo lo anterior le permite a esta autora sostener de manera muy categórica que los asuntos médicos no pueden reducirse a empresas técnicas que deban regirse sólo por las normas científicas y legales. Porque la enfermedad nos expone, levanta el velo de ciertas realidades de nuestra vida que habitualmente se encuentran ocultas, y el médico ha de estar suficientemente equipado para saber qué hacer con tales revelaciones. Cuando no lo está, esas oportunidades para el contacto humano se despilfarran por

causa de su miedo o de su ignorancia. La persona enferma queda a la deriva, sin recibir lo que necesitaba en el momento de su grave enfermedad: el aseguramiento de que aún es reconocido, de que su sí mismo es escuchado, de que a pesar del dramático cambio que pueda haber sufrido a causa de la enfermedad su sí mismo sigue siendo reconocible y su médico está ahí para hacerlo.

### La narrativa como puente para atravesar la brecha entre médicos y pacientes

Algo que todos los trabajadores de la salud comprenden, aún si no pueden tenerlo en mente a todas horas mientras desempeñan sus labores cotidianas —dicen Charon y Das-Gupta (2011)—, es que el cuidado de la salud se otorga en medio de la tristeza que suscita la conciencia de la finitud de la vida, y la urgencia de dar a esa vida algún significado.

No sorprende, entonces, que las personas enfermas y quienes las atienden se conviertan necesariamente en contadores de historias, y también en sus escuchas, como lo observa nuestra autora en otro de sus trabajos: “Hipócrates lo sabía, Chejov lo sabía, Freud lo sabía, y sin embargo el conocimiento del lugar central que ocupa el acto de narrar ha sido oscurecido en la medicina a lo largo de la mayor parte del último siglo.” (Charon, 2005, p. 261).

Pero se lo reconozca o no, es un hecho que tanto la experiencia con la enfermedad como la experiencia de atenderla son eventos que pasan por el uso del lenguaje. La medicina narrativa invita a darle forma a lo vivido a través de las palabras. Esto puede hacerse tanto desde el lado del paciente como desde el lado del médico. Cuando a las experiencias vividas se les da forma a través del lenguaje, como decíamos al comienzo, se las hace visibles. La escritura avanza todavía un trecho más, ya que como decía Hans Loewald (citado por Charon y Das Gupta, 2011) escribir hace material lo inmaterial, y permite que tanto el escritor como el lector puedan acercarse de otro modo a lo acontecido para intentar comprenderlo y hacerle frente.

Onocko y Furtado (2008), por su parte, hablan de la posibilidad de trabajar con las narrativas fuera de los marcos más tradicionales que les concede la etnografía, para explorarlas desde una mirada nueva que las conciba como modalidades de comunicación “porosa”, como vías hacia una comprensión más densa de las situaciones de las que se ocupan. En su sugerente texto, invitan a experimentar con nuevos tipos de investigación-intervención en los cuales el investigador se aventure por caminos distintos a los que podrían ser trazados por anticipado, en los cuales se abra al conocimiento de los nuevos acontecimientos que surgen en el mundo de la vida. Para ello, sugieren, convendría integrar las narrativas en estrategias de investigación participativa que involucren a los actores específicos en diversas reanudaciones de sus propias narrativas, en busca de una suerte de hermenéutica circular como la descrita por Gadamer (citado por Onocko y Furtado) en *Verdad y método*. Una investigación de esta naturaleza podría, entonces, llegar a responder a imperativos ético-políticos relacionados con el universo investigado y con el fortalecimiento de quienes ahí existen y actúan.

Estas son algunas de las valiosas propuestas de las que podemos echar mano para continuar avanzando en la dirección a la que en este texto he apuntado. Parece sumamente plausible que la recuperación del lugar que alguna vez se concedió en medicina a las narrativas pudiera convertirse en uno de los caminos para sortear la brecha que hoy día separa a los pacientes de sus médicos. ¿Qué tal si al narrar sus propias historias y escucharse entre ellos, los estudiantes de medicina a punto de graduarse aprendieran a escu-

char las historias que sus pacientes tienen para contarles sobre sus enfermedades?, ¿qué tal si, a partir de esa experiencia, aprendieran también a construir y a compartir con sus pacientes otras historias inspiradas, esta vez, en la versión científica que tanto quisieran compartir con ellos? De ocurrir así, sería posible arribar al fin a una nueva comprensión dialógica de las enfermedades que permitiera trabajar colaborativamente a médicos y enfermos en una conducción mutuamente acordada del proceso de la cura.<sup>39</sup> Esas son las esperanzas que me mueven a continuar la exploración a través de este proyecto.

## Referencias bibliográficas

- Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos (2 vols.).
- Balint, M. y Balint, E. (1966). *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*, México, Siglo XXI.
- Balint E, Norell J. (comps.) (1992). *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general*, México, Paidós.
- Berman, M. (1987). *El reencantamiento del mundo*, Chile, Cuatro vientos.
- Charon, R. (2001). "Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust", en *JAMA*, 286, 1897-1902.
- Charon, R. (2005). "Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation", en *Narrative*, 13(3), 261-270.
- \_\_\_\_\_ (2011). "The Novelization of the Body, or, How Medicine and Stories Need One Another", en *Narrative*, 19(1), 33-50.
- Charon, R. y DasGupta, S. (2011). "Editors' Preface: Narrative Medicine, or a Sense of Story", en *Literature and Medicine*, 29(2), vii-xiii.
- Charon, R. y Hermann, N. (2012). "A Sense of Story, or Why Teach Reflective Writing?", en *Acad Med*, 87(1), 5-7
- Devereux, G. (2003). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI.
- Greenhalgh, T. (2016). *Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network), synthesis report 49.
- Halpert, E. (2009). "Some aspects of the psychoanalytic psychology of physicians", en *Int J Psychoanal*, 90, 1039-1056.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press.
- Main, T. (1978). Some medical defences against involvement with patients. Michael Balint Memorial Lecture, en *Journal of the Balint Society*, 7, 3-11.
- Martínez, C. (2011). "Abrir la epidemiología", en Eibenschutz C., Tamez S., González R. (comps.), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Colección Abate Faria 8, pp. 71-90.

<sup>39</sup> Una vez más, en el sentido winnicottiano del término.

- (2015). "El nacimiento a la profesión médica a comienzos del siglo veintiuno en México. Una incursión en la Medicina Narrativa". en Chapela, C. (comp.), *Entre poética y didáctica. Narrativas en el campo de la salud*, México, UAM-X, Académicos de CBS, pp. 109-145.
- Onocko, R. y Furtado, J. (2008). "Narratives: use in qualitative health-related research", en *Rev Saúde Pública*, 42(6), 1090-1096.
- Waitzkin, H. (1991). *The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems*, New Haven, CT, Yale University Press.
- Winnicott, D. W. (1970). "La cura", en *El hogar, nuestro punto de partida*, Buenos Aires, Paidós, pp. 130-142.



## CONOCIMIENTO, EXPERIENCIA Y SALUD. REFLEXIONES DESDE LA HISTORIA ORAL

*Margarita Pulido Navarro, Ricardo Cuéllar Romero*

### Introducción

El estudio de la salud de los trabajadores tiene una larga historia. Es sabido que desde los pensadores griegos, pasando por Bernardo Ramazzini, a distintos niveles de interpretación, claro está, se ha puesto en evidencia la relación entre trabajo y salud. Es sólo hasta el surgimiento de la sociedad moderna, esto es, del capitalismo, que el saber y la práctica médica logran alcanzar un firme desenvolvimiento al calor de las demandas del rendimiento laboral de tal tipo de sociedad.

A tono con las características materiales e ideológicas de la sociedad moderna, los saberes especializados que ella promueve quedan sujetos a su lógica de reproducción. La llamada medicina del trabajo limitará, no podría ser diferente, su mirada y práctica a lo biológico, individual y funcional.

La finalidad de este ensayo es presentar una posición crítica y dirigir la atención a una postura de gran alcance con la que sea posible profundizar en el conocimiento, en el concepto, pero también en la experiencia, el sentido, acerca de cómo las personas son afectadas en su ser existencial por la producción capitalista, entendida como un proceso determinado social e históricamente.

La historia social, de la mano con la historia oral, se ha constituido en una postura conceptual y, desde luego, técnica, que ha demostrado una gran capacidad heurística para rescatar la dinámica social involucrada en los procesos históricos de construcción de cosmovisiones, arquetipos e imaginarios, entre otros, que en íntima relación con las condiciones materiales de existencia otorgan a las sociedades, y con ello a los seres humanos, su realidad, su ser existencial.

La idea fundacional, el eje que lo anima, es procurar sugerir la importancia de rescatar la vivencia del proceso salud-enfermedad a partir de las narrativas, esto es, de la oralidad de los trabajadores estimados como personas y no como meros “factores de la producción”. Así, estamos en presencia de una cierta oralidad obrera que intenta rescatar la vivencia, la experiencia del enfermar, más allá de los por qué y de las causalidades al uso.

### De la racionalidad instrumental y el conocimiento

En su gran mayoría los estudiosos que se han interesado por la salud laboral están de acuerdo en que la relación entre el trabajo y la salud es reconocida desde tiempos remotos, y en el hecho de que con el surgimiento del capitalismo se agudizaron los problemas de salud atribuibles al trabajo.

El otro punto que ha sido objeto de relativo acuerdo es el hecho de que la medicina del trabajo está decididamente influenciada por los conceptos, los métodos y las prácticas de las ciencias biológicas en general y particularmente de las ciencias médicas. Así, su quehacer fundamental se centra en intentar reparar el daño, considerando la causa del problema de salud a la acción de los diferentes agentes frente al trabajador expuesto en el interior del ambiente de trabajo.

El surgimiento y consolidación del capitalismo plantean los problemas cognoscitivos a la medicina del trabajo y señalan a ésta los caminos para su solución. Se trata de una indiscutible “trabazón” entre tal “saber especializado” y las relaciones sociales y materiales burguesas.

En el desarrollo del saber médico, en particular de la llamada medicina del trabajo, en contraste con lo que sostiene el historicismo médico, el acontecimiento decisivo es el proceso histórico del surgimiento y consolidación del modo de producción capitalista. Para Marx, son los procesos de división del trabajo manufacturero los que, a través de la atrofia física e intelectual que provocan en el obrero, proporcionan por primera vez el material y el impulso necesario para el surgimiento de una patología industrial (Cuéllar, 1994). Así, el surgimiento de la patología laboral está asociado a la tendencia central del capital a imponer el tipo de racionalización que le es exclusivo: la del cálculo económico privado.

Como se verá más adelante, este acontecimiento reviste una importancia indiscutible. Por un lado, es sólo la generalización de la patología industrial la que facilita el establecimiento de ciertos saberes especializados: la medicina en general y la del trabajo en especial. Por el otro, ello tiene lugar precisamente dentro de los límites que el capitalismo señala a la ciencia, a la filosofía y al pensamiento en general.

En efecto, la división capitalista del trabajo, de la cual la manufactura es tan sólo el primer momento, “impone en toda manifestación de la vida esa correlación de detalle regulado y todo causal: presupone la correspondiente estructura de la sociedad; produce y reproduce esa estructura en la medida en que se apodera de la sociedad” (Lukács, 1969: 111).

La forma histórica de la producción burguesa, en especial el aumento constante de la división del trabajo y de su racionalización a partir de las necesidades de la acumulación del capital, establecen los límites de la capacidad gnoseológica de la ciencia “quedándose también presa en la inmediatez, la que destruye y fragmenta la totalidad de la realidad, perdiendo con su especialización la visión del todo” (Lukács, 1969, p. 112), de ello se desprende que:

cuanto más desarrollada está una ciencia moderna, cuanto más plenamente ha conseguido claridad metódica acerca de sí misma, tanto más resueltamente tiene que apartarse de los problemas ontológicos de su esfera, tanto más resueltamente tiene que eliminar esos problemas del campo de la conceptualidad por ella elaborada. Y cuanto más desarrollada y más científica sea, tanto más se convertirá en un sistema formalmente cerrado de leyes parciales y especiales, para el cual es metódica y principalmente inasible el mundo situado fuera de su propio campo, y, con él, también, y hasta en primer término, la materia propuesta para el conocimiento, su propio y concreto sustrato de realidad (Lukács, 1969, p. 113).

De esta suerte, los saberes especializados, tanto naturales como sociales, surgen históricamente de una racionalidad histórica: la del capitalismo; mientras las ciencias naturales reciben un impulso definitivo al ser incorporadas al desarrollo de las fuerzas productivas, las ciencias sociales se constituyen, históricamente, de acuerdo con un proceso de división y de subdivisión de los objetos de estudio en un esfuerzo de la burguesía de extender los métodos de las ciencias de la naturaleza a los fenómenos humanos.

En semejante situación, el programa básico de la mentalidad científico-natural reclama:

1. Sólo los hechos procedentes de la observación sensorial, sea ésta directa o instrumental, básiense en la mera contemplación o en el artificio del experimento, pueden ser admitidos como punto de partida del saber científico. 2. Tales hechos comienzan a ser verdadera ciencia cuando permiten establecer entre ellos, de una manera incuestionable, relaciones de causa a efecto. 3. El carácter científico de ese saber gana rigor y perfección cuando el “dato de la observación” se convierte en “resultado de una medida” y, por tanto, en “dato numérico”. 4. El saber científico logra su perfección suma, cuando la relación entre los datos numéricos correspondientes a la causa de un fenómeno y los correspondientes al efecto de esa causa, nos conduce a formular una “ley general de la naturaleza”. (Lain Entralgo, 1972).

Entonces, no es de extrañar que la metodología positivista, que implica una ontología de los individuos abstractos, considere a los fenómenos sociales en términos de propiedades medibles y observables e intente su explicación a partir de causas o de relaciones fundamentales.

Así, pues, el desplazamiento capitalista del productor directo respecto del proceso total de la producción y la fragmentación del proceso de trabajo, que acarrearán el fenómeno de la enajenación, así como la administración “científica” del trabajo, influyen profundamente en el pensamiento, la ciencia y la filosofía del capitalismo.

A esto hay que añadir que la individualización de la vida social y la expresión de las relaciones sociales como relaciones de cambio (autonomía de las relaciones sociales cosificadas), llevan aparejado el fenómeno del desconocimiento del hombre como tal. Excepto la de trabajador, no existirá en el capitalismo el reconocimiento real del obrero como ser humano. Ciertamente es que aún este reconocimiento del hombre como mero trabajador, dependerá de la existencia efectiva del capital

Tan pronto como el capital —necesaria o voluntariamente— no existe ya para el trabajador, éste no existe para sí mismo [...] La economía política no reconoce, pues, al trabajador en tanto que se encuentre fuera de esta relación de trabajo. Los estafadores, ladrones, mendigos, desempleados, los trabajadores que mueren de hambre y de pobreza o los criminales son figuras que no existen para la economía política... (Marx, 1975, pp. 119-120).

La transformación de la fuerza de trabajo en mercancía (la conversión de una función humana en mercancía), la reducción del ser humano a nivel de objeto, de mero factor de la producción, determina una cierta concepción del hombre en términos de máquinas, perfectamente racional para el punto de vista capitalista.

La extensión y consolidación de las relaciones sociales de producción burguesas significan la generalización de la base social y material, en apoyo al desarrollo de la mentalidad científico-natural y del trabajo cosificado. Tienen lugar, entre otros fenómenos de gran alcance, la subordinación del cuerpo biológico al “cuerpo productivo”, del trabajo vivo al trabajo muerto, del trabajo concreto al trabajo abstracto, del trabajo cualitativo al trabajo cuantitativo.

Por eso, no es puramente casual que, un “saber especializado” como la medicina del trabajo basado en tal mentalidad y, por supuesto, en la estructura de la cosificación,

establecerá, en esencia, una conceptualización reducida al accidente y a la enfermedad a partir de una consideración básica: estimar al trabajador y al trabajo como meros factores.

Un destacado autor, Karel Kosik, en su crítica de la “teoría de los factores” sostiene que:

En la investigación analítico-metafísica varios aspectos del todo social se transforman en categorías particulares e independientes, y los distintos elementos de la actividad social del hombre (...) se convierten, en la cabeza de los hombres, en fuerzas independientes que determinan la actividad humana. Los diversos aspectos del todo social llegan de ese modo a aislarse y transformarse en abstracciones; se investiga su conexión recíproca [...] La síntesis operada con tales abstracciones metafísicas es, por tanto, exterior y la conexión mutua de los factores abstractos es sólo formal, o mecánicamente causal (Kosik, 1976, p. 125).

Es importante también tomar en cuenta aquí, que el carácter cosificado del trabajo, en el capitalismo, impone a la medicina del trabajo y, en general, a los demás saberes especializados, considerar al trabajo no en su esencia y generalidad, sino como simple actividad laboral. De ahí su interés, relativo por cierto, por el análisis y descripción de los procesos de trabajo o por el trabajo en sus formas empíricas. En los estudios médicos del trabajo y en sus correspondientes conceptos, se asume al hombre como factor humano y a su trabajo como el factor trabajo, siendo éste último el agente más importante de la producción.

El accidente laboral, por ejemplo, se explica por la presencia de diversos factores: acto inseguro, condición insegura, tipo de lesión, parte del cuerpo lesionada, agente de la lesión y tipo de accidente. Así, los accidentes se consideran como acontecimientos que suceden dentro de un sistema biopsicosocial complejo, constituido por el individuo y el contexto sociocultural a que pertenece (Merino, 1973). Se establece que la salud “... afecta a los componentes socioeconómicos, pero éstos a su vez, afectan a la salud; destacan por su importancia, en tal interacción, los factores del ingreso, del nivel de vida...” (Kosik, 1976, p. 131).

En esta concepción se advierte, evidentemente, un tipo de causalidad que oscila entre una sencilla causalidad mecánica en la que un factor es causa y otro efecto, o interacción pluralista, “... mera conexión mutua, que excluye cualquier causalidad”, dando lugar a una metodología funcionalista y computativa (Laguna, 1973, p. 217). Y ello como consecuencia, en el campo ideológico y político, de una posición, naturalmente burguesa.

### **Del trabajo y de la fuerza de trabajo**

El trabajo, más allá de su conceptualización económica y técnica, como simple práctica manipuladora, es un “hacer” que domina de modo continuo y constante la realidad humana. El trabajo es la praxis específica de la realidad humana en el mundo. En el trabajo el ser humano se objetiviza y el objeto se hace “del ser humano”, se humaniza. Se puede hablar —atendiendo al acontecer de la vida humana— de la vida como trabajo.

El acontecer de la vida humana es praxis en el sentido de que el ser humano tiene que hacer su propia existencia. Tiene que aceptarla y cumplirla a través de un proceso fundamental de mediación, la producción y reproducción. Producción y reproducción que

no significan solamente el acontecer de la existencia material, sino que son también el modo de hacer-acontecer de la existencia humana como un todo.

En las condiciones históricas concretas del modo de producción capitalista, si se prefiere de la sociedad moderna, el trabajo está, desde luego, presente en la totalidad de la existencia humana, pero es un hacer enajenante. El hombre se enajena, se aliena, no por el hecho de "objetivarse", sino porque el producto se convierte en una cosa que escapa a su control y lo domina y lo empobrece. Pero con ello, se trata de las mismas relaciones no sólo entre los seres humanos como productores sino como seres humanos en general.

El ser humano, en el capitalismo, es rebajado al rango de medio. Marx distingue tres formas o determinaciones de la enajenación:

No se trata de tres fenómenos distintos, sino de aspectos diversos de uno y el mismo fenómeno: el trabajo enajenado. Estas tres formas o determinaciones son: *a)* la enajenación del obrero en el producto de su trabajo, *b)* la enajenación del obrero en el acto mismo de la producción, *c)* la enajenación del obrero como ser genérico, o enajenación respecto de su vida genérica. Todas estas enajenaciones tienen por consecuencia una cuarta forma de enajenación: la enajenación del hombre respecto de otros (Sánchez Vázquez, 2003, pp. 83-84).

En la sociedad capitalista el trabajo se transforma en medio de vida, en una actividad sujeta a cierta contabilidad y horarios de trabajo, en una obligación cotidiana y vehículo de despersonalización y deshumanización. En un "hacer" que, de una u otra forma, impregna y determina la vida del ser humano como un todo. El trabajo, como diría Marx, no sólo crea bienes; también se produce a sí mismo y al trabajador como mercancía. El trabajador, entonces, tiene que hacer suya, además, una ideología, una cultura, una identidad, que sancione su realidad "económica", su realidad como fuerza de trabajo. Forma de ser que le acompaña como trabajador y como ser humano. Exista o no para el capital.

En el capitalismo las relaciones sociales, las relaciones entre los seres humanos, se expresan, se convierten en relaciones de intercambio, esto es, en relaciones entre cosas. El trabajador, al devenir en fuerza de trabajo, adquiere el carácter de cosa, de mero objeto. En el proceso de trabajo y aun, fuera de él, él mismo se vive, se representa, se interpreta, en su cuerpo y en su psique, como una máquina que hay que reparar, que hay que escuchar y atender, sólo cuando pone en severo riesgo el proceso de producción, el ir a trabajar.

Adquirir el estatus de fuerza de trabajo es un proceso histórico que, a nivel individual, conlleva todo un recorrido, toda una lucha, no exenta de vicisitudes para el ser humano. Llegar y permanecer en el llamado mercado de trabajo, existir para el capital, suprema relación de sociabilidad moderna, es la meta existencial por excelencia. Otorga al trabajador la posibilidad de cierta participación en la distribución de la riqueza social, según la situación histórica de que se trate; pero sobre todo, de hacerse de una cosmovisión, si se quiere, de un imaginario, de una identidad como fuerza de trabajo, como mercancía... como objeto. De significaciones, percepciones y representaciones que alcanzarán todas las facetas de su vida, y las cuales será muy difícil, casi imposible, abandonar, incluso después de salir, temporal o en forma permanente, del ámbito de la producción. De hecho, de una u otra forma, el trabajador, materialmente y/o ideológicamente, estará bajo la relación capital-trabajo, por presencia o ausencia.

## De la historia social y la historia oral, y la experiencia, el sentido y el sujeto

La historia social surge de un horizonte político y conceptual crítico y se centra en la necesidad de enfocar los estudios históricos en los grupos sociales no contemplados por la historia oficial, en un trabajo como el que aquí se presenta es posible enlazar sus planteamientos con los de la historia oral pues ésta permite acercarse al conocimiento de las personas y sus subjetividades; se basa precisamente en permitir que las personas viertan, a través de su propio discurso —que dice mucho de cada individuo— sus propias experiencias de vida, su manera de interpretarlas a la luz del contexto en el cual les tocó vivir, como dice Graciela de Garay:

Conocer y explorar la historia del otro resulta siempre atractivo porque se persigue encontrar lo diferente, lo excepcional, lo específico, lo singular que hace a ese individuo un ser único e irreplicable a la vez que representativo de su contexto social, ya que, al apuntar o descubrir la diferencia en esa vida, se descubre lo social. Efectivamente, Paul Thompson sugiere ver, a través de las historias de vida, cómo las presiones ideológicas y económicas interactúan a nivel individual (1997, pp. 16-17).

La historia oral permite obtener fuentes para estudiar cómo las personas perciben y son afectadas por los procesos históricos de su tiempo (Collado, 1994). El proceso de producción, el proceso salud-enfermedad y la relación entre ambos, constituyen algunos de los procesos que permiten dar cuenta de esa percepción y afectación de los individuos insertos en los colectivos, posible de rescatar a través del relato de la historia de vida obtenida por medio de la historia oral.

La historia oral, con su entrevista no estructurada permite conocer la historia de vida de las personas, pero no en un sentido abstracto y aislado del mundo real, sino a partir del planteamiento de la historia social que, a diferencia de la historia lineal en la que se considera a los hechos históricos como un cúmulo de acontecimientos inconexos, asume que la forma en la cual las sociedades se organizan para producir su vida material, determina todos los demás aspectos de la vida social; la producción económica de los medios de vida determina los cambios, continuidades, los ciclos y rupturas que se presentan en la vida social.

La historia social coloca en el centro del análisis el modo de producción de la vida material y a diferencia de la historia oficial se ocupa de los de abajo, de dar voz a los que no la tienen y no son tomados en cuenta, a pesar de ser los protagonistas y ser afectados por los procesos sociales. La historia oral a la que se recurre en esta propuesta procede desde esa consideración, por eso interesa analizar la inserción social y por lo tanto la forma en que los trabajadores se insertan en la producción, y cómo el lugar que ocupan en la producción capitalista tiene que ver con su proceso salud-enfermedad, es decir, cómo la producción capitalista afecta sus procesos vitales.

En la historia oral subyace una epistemología distinta de la lógica del modelo médico hegemónico, como ya se decía, en ella no se requiere una determinada cantidad de sujetos estudiados para considerarse como una muestra representativa. Por el contrario, las personas al estar insertas toda su vida en una determinada clase social, en su entorno han tenido que sobrevivir y asimilar en uno y otro sentido, interiorizar o rechazar, las ideas, los mitos, creencias, actitudes, disposiciones del grupo social, y precisamente por eso cada persona es representativa del contexto con el cual se relaciona íntimamente. Aún en el caso de discrepar con los planteamientos mayoritarios y expresarlos, pueden mostrar los motivos de tales discrepancias y al hacerlo muestran las ideas prevalecientes y las opuestas.

Por medio de su oralidad las personas hablan de su realidad, de sus mitos, de sus creencias; Rollo May (1992, p. 28) a propósito del mito, señala que:

El mito o relato lleva consigo los valores de la sociedad; mediante él encuentra el individuo su sentido de la identidad... La narración siempre se inclina hacia la totalidad más que a la especificidad; es básicamente una función del hemisferio derecho del cerebro. Podríamos decir que “por sus mitos los conoceréis”. El mito unifica las antinomias de la vida: consciente e inconsciente, pasado y presente, individual y social. Todo ello se constituye en una narración que se transmite de una generación a otra... el mito se refiere a la quintaesencia de la experiencia humana, al significado y sentido de la vida humana. Es la persona completa la que nos habla a nosotros, no sólo a nuestro cerebro.

Parte de la información contenida en una conversación se conforma por mitos. Los mitos son los grandes temas que se repiten a lo largo de la historia de vida y dan estructura y coherencia a la existencia. Son temas que se transmiten de persona a persona. Aunque tienen base personal coinciden con la memoria colectiva y el consenso de la tradición para permanecer en la persona. Permiten descubrir raíces, trayectorias y valores familiares, al mismo tiempo explican el sentido de su historia presente (May, 1992).

La historia oral nos brinda la posibilidad de recuperar los mitos, comprender la subjetividad de los seres humanos y sus comportamientos sociales que, en última instancia, responden a una sociedad capitalista con mitos que buscan dar consistencia y coherencia a su objetivo de acumular capital en pocas manos. A través de la historia oral y con ella de los mitos, la subjetividad se hace presente, no requerimos llamarla a cuentas directamente, ella se asoma, sin ser, aparentemente, convocada.

Para Ferrarotti (en Collado, 1994, p. 31) la historia de vida sería como una “síntesis vertical de historia social en la que se manifiesta lo particular”. Sin que esto quiera decir que la historia social pueda ser una suma de historias individuales. A partir de lo particular podemos conocer lo universal pese a la negativa de la ciencia hegemónica a conceder valor científico a lo particular.

Bajo esta epistemología se concibe que la “práctica individual es una síntesis compleja de lo social por medio de la dialéctica hombre-sociedad” (Collado, 1994, p. 31). Como dice Graciela de Garay (1997b: 6), “en las historias de vida siempre se proyectan las relaciones individuo-sociedad, pues las historias de vida no se dan en el vacío”.

En la medida que logra ahondar en la vida de las personas, la historia oral puede dar cuenta de cuestiones que de otra manera no se podrían conocer, por ejemplo, cómo son afectadas las personas por los acontecimientos económicos, sociales, políticos, culturales, del mundo en el que viven, o de los espacios sociales donde se generan los esquemas básicos de percepción, concepción y acción internalizados por las personas. A partir del conocimiento de su tránsito por sus distintos espacios, y de cómo se desarrolló ese tránsito, contado por las propias palabras de las personas, con su propio lenguaje, mismo que encierra y puede ofrecer, a través de la entrevista de historia oral, sus significados, es posible analizar cómo se lleva a cabo la producción, transmisión y reproducción de la cultura y las formas de dominación utilizadas en el momento histórico que les toca vivir, cómo cambia su vida, el curso de su vida, o cómo se mantiene sin cambio, precisamente por lo que sucede a nivel macro (Camarena, Morales y Necochea, 1994; Collado, 1994).

La historia oral permite acercarse a la percepción de las personas, a las representaciones de su mente sobre los distintos procesos y espacios sociales; y no solamente a las percepciones o representaciones que el investigador pueda forjarse gracias a sus propios epistemes (Lowe, 1986). Como dice Ronald Fraser: “[...] la persona que conoce de antemano lo que quiere saber, acabará, si hay suerte, sabiendo sólo eso; y, si no hay suerte, sabiendo en verdad poca cosa” (en De Garay, 1997<sup>a</sup>, p. 19).

En ese sentido, la historia oral facilita la aproximación para conocer qué tipos de eventos del trabajo y de la vida representan para los trabajadores incertidumbre, frustración, malestar y estrés prolongado; asimismo, permitiría comprender las distintas formas de expresión de la permanencia prolongada de la representación estresante. Para entender, por ejemplo, ¿por qué algunas personas que sufren estrés prolongado, sin querer reconocerlo ante los demás sujetos, o mejor dicho tratando de ocultarlo, sufren problemas gastrointestinales? Otras, al transcurrir algunos años después de una pérdida, como sucede en ocasiones con el divorcio, padecen cáncer de mama. Otras más, suelen ser propensas a expresar sentimientos de ira y tener explosiones frecuentes de mal humor y padecen hipertensión arterial y/o cardiopatía isquémica (Bensaid, 1976). Las mencionadas son enfermedades cuya relación con el estrés del trabajo ha sido destacada por investigaciones científicas (Brunner, 1996; Kuper *et al.*, 2006).

La historia oral hace posible obtener información sobre la estructura familiar, la transmisión de valores grupales, las creencias de los sujetos y sobre su forma de pensar con respecto a los distintos espacios sociales en los que se mueven; y cómo esa forma de pensar, es decir, los valores que les fueron transmitidos, y que ellos mismos transmiten a otros (Camarena, Morales y Necochea, 1994), pueden verse afirmados en sus distintos espacios o, por el contrario, confrontados y entrar en antagonismo con ideas, juicios, acciones, etcétera, y cómo ese conflicto, al no abrirse, puede dar lugar a estrés.

La atención de esta reflexión está centrada en las historias de vida, puesto que al ser el proceso de producción capitalista —y su repercusión en la salud de los productores directos, los trabajadores—, el tema principal de interés, la salud, la subjetividad de los trabajadores y el estrés como elemento intermedio entre ambos, interesa conocer el contexto desde el cual se vive ese proceso de trabajo y el estrés generado; por ello es importante ahondar en todos los espacios sociales en los cuales se puede analizar la producción, transmisión y reproducción de la cultura y la dominación, pues esto posibilita un análisis desde la totalidad.

Así pues, resulta indispensable partir del engranaje externo para comprender en su total esencia la subjetividad de los trabajadores. Sobre todo al plantearse la necesidad de conocer aquello tan íntimo como son las emociones, las sensaciones, las frustraciones, alegrías, sinsabores y todo lo que puede actuar como base para el desarrollo de alteraciones en su proceso salud-enfermedad.

### ***La historia oral posibilita***

descubrir la coherencia de las incoherencias e inconsistencias racionales que se presentan como consistentes, como perfectamente encajadas dentro de los cuadros o episodios de una vida. Sería preguntarse ¿Cómo se acepta y asimila como normal y cotidiano un régimen dictatorial? ¿Cómo se desarrolla la vida diaria en un ambiente que se encuentra muy lejos de ser común y corriente? ¿Qué estrategias de vida adopta un individuo para sobrevivir en un sistema de terror y represión? ¿Cómo se

transgreden las reglas sin violentarlas y dentro de una aparente normalidad? ¿Cómo se acepta y rechaza a la vez, un destino o función social? (De Garay, 1997<sup>a</sup>, p. 18)

***Y también cómo intenta justificársele.***

Además la historia oral constituye un proceso de reflexión que permite, por medio del análisis temporal, tratar de comprender el presente, en la historia oral se busca la información de los mismos actores, ya que está “arraigada en la verdadera experiencia social” (Thompson, 1993, p. 117).

Es conveniente mencionar la importancia de la búsqueda de elementos y herramientas que permitan interpretar el discurso de las personas, es decir buscar un concepto que haga posible pasar del entendimiento teórico de cómo los sujetos introyectan la cultura, que en su persona da lugar a una cierta subjetividad e identidad y forma de responder al entorno y de construir su proceso de salud-enfermedad; pasar de ese entendimiento teórico al entendimiento de la realidad concreta, es decir, cómo entender a partir del discurso de los trabajadores la interrelación entre lo macrosocial, lo microsocia y lo psicológico. En esa búsqueda se destaca la propuesta de Catherine Héau y Gilberto Giménez con su concepto de sociograma, una postura muy atrayente que aclara el camino para avanzar en la interpretación de los discursos mencionados.

El concepto de sociograma resulta clave para interpretar las significaciones de los trabajadores; permite ubicar cuáles representaciones en la persona se encuentran ligadas a otras representaciones. Se trata de identificar cuáles creencias, actitudes y símbolos, la persona trae a su memoria junto con otros. Esto permite el acercamiento a sus procesos de significación.

Por cierto que para Duchet (Héau y Giménez, 2004, p. 631) sociograma es un “conjunto difuso, inestable y conflictivo de representaciones parciales, frecuentemente reducibles a un tema o enunciado condensador (núcleo) y en interacción permanente las unas con las otras, se les puede llamar también ‘topoi culturales’, clichés ideológicos, figuras arquetípicas de una cultura particular o simplemente mitos”.

***En estas circunstancias es necesario recuperar a Elsa Muñiz (1997: 131), quien señala que:***

El cuerpo, sus acciones y secreciones son el blanco privilegiado de un complejo sistema de ritos y ceremonias destinado a legitimar determinados usos y costumbres que presentan variaciones según los países, los grupos sociales y, sobre todo, los sexos. En este sistema el discurso de los buenos modales ha desempeñado un papel fundamental, cuando menos desde el siglo XVI, en la formación y desarrollo de los modernos códigos de comportamiento. Son códigos de conducta de un orden social burgués que el Estado hace llegar a las personas a través de la educación formal como verdades incuestionables y que contienen coincidencias del discurso oficial y religioso que también la familia inculca a las personas como “recetas para convivir en la vida cotidiana”. Movimientos, gestos, expresiones verbales y tonos de voz, miradas y actitudes en general han sido controladas desde los diversos discursos; sometidos a las disciplinas que desde el siglo XVI han sido fórmulas generales de dominación, especialmente cuando es necesario establecer una división genérica y ubicar socialmente los papeles de los hombres y de las mujeres, para ello se les somete a una “anatomía del detalle”, se les obliga a cumplir con reglas estipuladas en los diferentes códigos...

Es entonces un proceso histórico de ortopedia corporal que inicia en la familia y que fluye hacia lo que Elsa Muñiz (2004) llama la cultura de género, que establece diferencias entre los géneros y legitima un orden social y político, logrando introducir en la mente de las personas ciertas normas, mandatos sociales que aquellas han asumido desde su infancia y que las mantienen atadas a tales códigos de conducta, que al mismo tiempo se introducen en su subjetividad como creencias difíciles de cuestionar y de transformar.

Así pues, como menciona John Thompson (1998, p. 20) el discurso de los sujetos dice mucho acerca de las “maneras en que se utilizan las formas simbólicas para establecer y mantener las relaciones de poder”. También puede mostrar cómo los sujetos disimulan la resistencia, el rechazo a la dominación, a la explotación de que son objeto, por qué aparentan sumisión y obediencia y cómo son obligados a expresar beneplácito y acuerdo con las situaciones injustas ante el riesgo de empeorar sus condiciones (Scott, 2000). Guardando para sí el conflicto generado por la explotación, como bien señala María Inés García Canal: “La resistencia es la respuesta de los sujetos al ejercicio del poder sobre sus cuerpos, sus afectos y afecciones, sobre sus actos y acciones”. La resistencia no sólo se ejerce hacia el exterior, se desarrolla en el interior del sujeto y da lugar a “un continuo enfrentamiento, diálogo, pacto, compromiso y lucha que constituyen su interioridad. La lucha tiene lugar, ahora, entre uno y uno mismo en el interior dividido” (2006, p. 92). Asimismo, el discurso de la persona nos puede decir cómo la resistencia callada, silenciada, va repercutiendo en su proceso salud enfermedad; sobre todo si tomamos en consideración que mente y cuerpo no son una dicotomía, sino componen una identidad.

la señora poyser da a entender que sus costumbres de prudencia y de disimulo ya no pueden contener la cólera que ella ha alimentado durante todo el año. que la cólera va a encontrar una salida, no hay duda; la elección está más bien entre el proceso más seguro, pero psicológicamente menos satisfactorio, de sacar “disimuladamente a gotas lo que uno piensa” y el riesgo, asumido por la señora poyser, de una total explosión, peligrosa pero gratificante. [...] la necesidad de “actuar con una máscara” en presencia del poder produce, casi debido a la tensión engendrada por su falta de autenticidad, una presión equivalente que no se puede contener indefinidamente (scott, 2000, p. 33).

Erich Fromm, quien avanza en la tesis de la interrelación mente-cuerpo, menciona que:

Todos sabemos que el cuerpo expresa nuestros estados de ánimo. Cuando estamos furiosos se nos sube la sangre a la cabeza, y huye de ella cuando tenemos miedo; el corazón nos late con más fuerza cuando nos enojamos, y todo el cuerpo tiene un tono distinto cuando estamos contentos y cuando estamos tristes. [...] El cuerpo es, en realidad, un símbolo de la mente. Toda emoción profunda y auténticamente sentida, y hasta todo pensamiento genuinamente sentido, se expresa en nuestro organismo (Fromm, 1972, p. 21).

Pero la resistencia puede ser también fuente de creatividad, imprime movimiento al espacio y su efecto tiende a cambiar las relaciones de poder: “La fuente de creación se halla en esa capacidad actuante de los sujetos de resistir en todos los campos y que hace de los espacios zonas de guerra y también de producción [...] La subjetividad no puede ser pensada fuera del acto resistente de los sujetos en su relación con los otros y en el entrecruzamiento con las formas de gubernamentalidad” (García, 2006, p. 93). La subjetividad se puede desarrollar, entonces, en el mismo acto de resistencia del

sujeto al relacionarse con los otros sujetos y con las formas de poder. El espacio de la subjetividad se desarrolla en esa relación interna y externa, y, por lo tanto, la subjetividad si bien es individual, surge a partir de lo colectivo y lo histórico (García, 2006).

Las personas también llegan a resistir abiertamente y en esa resistencia, van formando, dice Mina Navarro, una “conciencia colectiva condensada al calor de la resistencia”. La misma autora agrega, al rescatar el testimonio de un participante en la resistencia de un pueblo en la defensa de su territorio: “la memoria aparece como una de las fuentes más potentes en la conformación” de esa conciencia colectiva (Navarro, 2012, p. 130).

## De las conclusiones

En el ensayo se desarrolla una crítica a la forma tradicional en que se ha llevado a cabo el estudio de la salud de los trabajadores, en la que predomina un enfoque idealista, esto es, cronológico, biográfico y funcional.

Se plantea la necesidad de un enfoque alternativo, de una posición crítica, que contemple en la forma de acercarse al conocimiento de la salud de las y los trabajadores una mirada y práctica de gran alcance que integre, pero sobre todo, destaque la jerarquía explicativa y descriptiva de lo económico, lo histórico, lo cultural y lo simbólico.

En otras palabras, se trata de seguir desarrollando una postura que permita, que facilite el diálogo y el tránsito dialéctico entre la experiencia, lo vivido, y el conocimiento, el concepto; que profundice en el entendimiento, en el conocimiento, pero también en la comprensión, acerca de cómo los seres humanos son impactados en su ser existencial por las condiciones materiales de vida capitalistas.

El abordaje del concepto de clase social —la personificación histórica de relaciones sociales— es, desde luego, de vital importancia en esta reflexión. Se trata de un sencillo diálogo entre dimensiones estructurales y vivenciales del acontecer y quehacer obrero. El trabajador en su actividad vital, el trabajo, es más que una corporeidad en movimiento, es más que nervios, músculos y cerebro en acción; es asimismo, sentimientos, pulsiones, representaciones, sueños.

En el trabajo el ser humano “se hace” de significados y propósitos. En él, el trabajador no sólo tiene una vida sino sobre todo “hace una vida”. En la sociedad contemporánea, trabajar, ser “capital para sí” es, en particular, alcanzar una identidad.

La historia oral permite acceder a los significados que los trabajadores otorgan a los procesos sociales, entender cómo, a partir de ese simbolismo, las personas desenvuelven su vida y son impactadas en sus cuerpos, en su psique. En ese suceder el tiempo y el espacio juegan un papel fundamental, como “ejes” de los acontecimientos, del quehacer concreto, cotidiano, existencial.

Figuran, entonces, diversas reflexiones en torno a las posibilidades conceptuales y de método que ofrece la historia social, a través de la historia oral, para rescatar y contribuir a esclarecer la experiencia de vida individual y colectiva históricamente determinadas. Asunto que resulta muy importante para entender el papel de la subjetividad en la percepción del trabajador acerca de sus condiciones laborales y del proceso salud enfermedad.

El ser humano se va construyendo en cada espacio social, en la interrelación con los otros; toma de aquí y de allá símbolos, significados, ideas, creencias, actitudes; asimila algunas, rechaza otras, pues él mismo se encuentra en una constante contradicción, se dirime entre aceptar las ideas dominantes o rechazarlas ante la evidente incoherencia de una realidad confusa.

Las complejas relaciones entre el tiempo, el espacio y la memoria constituyen el motivo central de atención en la historia oral. Los seres humanos perciben, representan e imaginan su condición existencial en una simultaneidad de tiempos y espacios, donde la memoria, el recuerdo, desempeña el papel de una mediación corporal y simbólica entre el presente, el pasado e incluso el tiempo que todavía no deviene, el porvenir. Nos referimos, desde luego, cuando hablamos de memoria, a aquella esfera del aparato psíquico a “disposición” del sujeto y de su memoria de los acontecimientos de la vida cotidiana, no a la que escapa a su dominio.

### Referencias bibliográficas

- Bensaid, Norbert (1976). *La consulta médica*, Argentina, Siglo XXI.
- Brunner, Eric (1996). “The social and biological basis”, en Blane, David Brunner, Eric Wilkinson, Richard, Inglaterra, Redwood Bo.
- Camarena, Mario, Morales, Teresa y Necochea, Gerardo (1994). *Reconstruyendo nuestro pasado. Técnicas de historia oral*, Ciudad de México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Collado Ma. del Carmen (1994). “¿Qué es la historia oral?”, en De Garay, Graciela. (coord.), *La historia con micrófono*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Cuéllar, Ricardo (1994). “La crítica de la economía política y la salud en el trabajo”, en *Salud Problema*, (24).
- \_\_\_\_\_ (1996). “Racionalidad capitalista y medicina del trabajo”, en *Salud Problema*, (26).
- Esqueda, Mirto y Chuang, Graciela (1974). “La medicina del trabajo en México”, en *Lecturas en materia de seguridad social*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Fromm, Erich (1972). *El lenguaje olvidado*, Argentina, Hachette Librería.
- Fusfeld, Daniel (1978). *La época del economista*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Garay, Graciela (1997a). “La entrevista de historia de vida: construcción y lecturas”, en De Garay, Graciela (coord.), *Cuéntame tu vida: Historia oral, historias de vida*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- \_\_\_\_\_ (1997b). “Prólogo”, en De Garay, G. (coord.) *Cuéntame tu vida: Historia oral, historias de vida*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- García, María Inés (2006). *Espacio y poder*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Kosik, Karel (1976). *Dialéctica de lo concreto*, México, Grijalbo.
- Kuper, Hannah, Adami, Hans-Olov, Theorell, Töres y Weiderpass, Elisabete (2006). “Psychosocial determinants of coronary heart disease in middle-aged women: A prospective study in Sweden”, en *American Journal of Epidemiology*, 164(4).
- Laguna, José (1973). “La salud en el trabajo”, en *Revista Mexicana del Trabajo*, (4).
- Héau, Catherine y Giménez, Gilberto (2004). “La representación social de la violencia en

- la trova popular mexicana”, en *Revista Mexicana de Sociología*, 66(4).
- Laín Entralgo, Pedro (1972). *Historia universal de la medicina*, t. VI, España, Salvat.
- \_\_\_\_\_ (1978). *Historia de la medicina*, España, Salvat.
- Legaspi, José (1974). “La medicina del trabajo en México”, en *Lecturas en materia de seguridad social*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Lukács, George (1969). “La cosificación y la consciencia del proletariado”, en *Historia y consciencia de clase*, México, Grijalbo.
- \_\_\_\_\_ (1976). *El asalto a la razón*, España, Grijalbo.
- Marx, Carlos (1973). *Miseria de la filosofía*, Argentina, Cartago.
- \_\_\_\_\_ (1975). “El trabajo enajenado”, en *Manuscritos económico-filosóficos*, México, Fondo de Cultura Económica.
- May, Rollo (1992). “¿Qué es el mito?”, en *La necesidad del mito*, Barcelona, Paidós.
- Merino, Ma. del Carmen (1973). “Factores humanos de los accidentes de trabajo”, en *Revista Mexicana del Trabajo*, (4).
- Navarro, Mina (2012). “La memoria como impulso de resistencia y prefiguración en las luchas socioambientales”, en *Tramas*, 38, México, pp. 123-146.
- Muñiz, Elsa (1997). “Lo simbólico corporal en el discurso de las buenas maneras”, en Iparraquirre y Camarena (coords.), *Tiempos y significados*. México, Plaza y Valdés.
- \_\_\_\_\_ (2004). “Historia y género. Hacia la construcción de una historia cultural de género”, en Pérez Gil y Ravelo (coords.), *Voces disidentes*, México, Ciesas, Porrúa, Cámara de diputados, pp. 31-56.
- Polack, Jean (1974). *La medicina del capital*, España, Fundamentos.
- Pulido, Margarita (2012). *El lujo de enfermar*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Pulido, Margarita y Cuéllar, Ricardo (2015). “Subjetividad, mitos e historia oral”, ponencia presentada en el X Congreso Internacional de Historia Oral, El recurso de lo transdisciplinario en la historia oral para la comprensión de nuevas realidades intersubjetivas, diciembre de 2015.
- Sánchez Vázquez, Adolfo (2003). *El joven Marx: Los manuscritos de 1844*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Ediciones La Jornada, Itaca.
- Scott, James (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*, México, Era.
- Thompson, John (1998). *Ideología y cultura moderna*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Thompson, Paul (1993). “Historia de vida y análisis del cambio social”, en Aceves, J. (ed.) *Antología*, México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Vilar, Pierre (1979). “Marx y la historia”, en *Historia del Marxismo*, t. I, España, Bruguera.



## **SOBRE LOS AUTORES**

Arroyo Acevedo, Hiram Vicente. Catedrático y director del Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Coordinador de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). Fue coordinador del Comité Científico de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la UIPES efectuada en Pattaya, Tailandia. Sus principales líneas de investigación se centran en los temas de Promoción de la Salud, Educación para la Salud, Promoción de la Salud Escolar y la Salud Global. Tiene más de cien publicaciones en revistas, documentos técnicos y capítulos en libros, entre otros.

Barrios Castillo, Consuelo Maritza. Es licenciada en Educación. Ha realizado estudios de maestrías en Patología del Lenguaje y Audiología (Universidad de Kansas, EU), maestría en Psicopedagogía (Uniedpa). También posee doctorado en Educación con Énfasis en Investigación. Es profesora titular de la Universidad de Panamá, coordinadora de la Licenciatura en Directora del Centro de Investigación de la FCE (Universidad de Panamá) y docente especialista en Pérdidas Auditivas (Instituto Panameño de Habilitación Especial). Además, posee manejo de plataformas MOODLE, Educativa y EPIC.

Camarena Villarreal, Débora Jael. Es profesora titular en el Departamento de Salud de Adultos en la Universidad de Panamá. Posee estudios de licenciatura en Ciencias de Enfermería. También es especialista en Docencia Universitaria, y posee una maestría en Enfermería con Especialización en Enfermería Oncológica. Cursa actualmente la maestría en Ciencias Sociales con Énfasis en Teorías y Métodos de Investigación, Universidad de Panamá.

Cañizales Mendoza, Miguel Ángel. Es licenciado en Psicología y profesor de segunda enseñanza, con Especialidad en Psicología. Posee las maestrías en Psicología Social y Laboral (UANL-México), en Educación con Énfasis en Educación Superior (ULACIT-Panamá), tiene estudios de doctorados en Administración Pública, Psicología Clínica (UNAM, México) y Antropología Social y Cultural (Universidad Complutense de Madrid). Doctorado en Psicología Social, posdoctorado en Psicología Clínica y Social con subespecialidad en Psicología de la Salud (UNAM, México). Ha sido embajador en España. Además, es miembro distinguido del Grupo de Trabajo Académico de la Secretaría de Educación Pública en México. Miembro del Comité Ejecutivo del Centro Internacional para la Migraciones y la Salud, con sede en Ginebra, Suiza. Actualmente es catedrático y director de Investigación y Postgrado de la Facultad de Psicología, en la Universidad de Panamá. Promotor del Consorcio de Alfabetización en Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad de Concepción en Chile y la Universidad de Puerto Rico. Exministro de Educación. Coordinador de proyectos educativos internacionales en la Vicerrectoría de Investigación y Posgrado de la Universidad de Panamá. Subdirector de Evaluación del Programa Solidaridad de la Secretaría de Salud en México.

Carreto Ortiz, Araceli es licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuenta con formación y experiencia en diseño, implementación, seguimiento y evaluación de proyectos sociales. Desde 2014, es coordinadora de Proyectos de la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer y desde el 2015 coordinadora de la Red Contra el Cáncer.

Casanova Laudien, María Paz. Estadístico (Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile); magister en Estadística (Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile); doctora en Estadística (Pontificia Universidad Católica de Chile). Profesora asistente de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Concepción. Sus principales líneas de investigación teórica son Sexualidad adolescente y Análisis bayesiano semiparamétrico de modelos de calibración y con errores de medición. Es investigadora en proyectos financiados por la Comisión de Ciencia y Tecnología (Conicyt-Chile) en las áreas de Alfabetización en salud y Validación de instrumentos, escalas y encuestas (FONIS-Chile; FONDEF-Chile). Ha publicado en revistas indexadas de la especialidad (ISI).

Cerón Ferrer, Enrique, candidato a doctor en Psicología Social de las Organizaciones, docencia en carrera de Política y Gestión Social, Universidad Autónoma Metropolitana; líneas de investigación: Educación y Políticas Públicas. Profesor investigador; proyectos de investigación publicados: "Adicciones y políticas públicas en estudiantes del nivel medio superior público en la Ciudad de México", Portales Médicos, revista electrónica, vol. IX, núm. 2, enero, ISSN-1886-8924, España, indexada, 2016, E. Cerón, E Verde. "Los estudiantes universitarios y sus relaciones familiares", Portales Médicos, revista electrónica, vol. XI, núm. 18, octubre, ISSN-1886-8924, España, indexada, 2016. Coordinador del Estudio sobre Alfabetización en salud patrocinado por la UNESCO y la Universidad de Concepción, Chile (2013 a la fecha).

Cisneros Franco, Marco Antonio. Estudió la licenciatura de Actuaría en la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) durante la generación 2013-2017. De agosto de 2016 hasta la fecha se ha desempeñado como ayudante de asignatura en la materia Demografía II en la Facultad de Ciencias. En el ámbito laboral realizó servicio social y prácticas profesionales en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y actualmente trabaja en dicha institución, en la Dirección General de Desarrollo Financiero, Estadístico y de Tecnologías de Información. También ha prestado sus servicios profesionales a empresas del sector privado, colaborando en proyectos para la mejora de toma de decisiones y aumento de la productividad. En la actualidad cursa el diplomado en Finanzas Corporativas impartido por la Facultad de Estudios Superiores Aragón de la UNAM como parte de su opción de titulación.

Cruz Maldonado, Norma es licenciada y maestra en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Estudiante del doctorado en Trabajo Social de la Universidad Nacional de la Plata. Se desempeña como técnico académico titular "B" de tiempo completo definitiva, docente del Programa Único de Especialidades en Trabajo Social y del Programa de Maestría en Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es consejera técnica suplente representante de los técnicos académicos ante el H. Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Además es consejera suplente representante de los sectores académico, profesional, científico y cultural del Consejo Técnico Consultivo de la Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil.

Cuéllar Romero, Ricardo es economista por la Universidad Nacional Autónoma de México y doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesor investigador en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana, desde 1979. Ha recibido importantes distinciones, entre ellas el Premio Anual de Investigación Económica "Maestro Jesús Silva Herzog", del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Líneas de investigación: 1) Economía Política, Historia, Antropología y Salud

de los Trabajadores; 2) Salud de los Trabajadores, Historia Social e Historia Oral; 3) Salud de los Trabajadores. Poder y Resistencia. Estrés y Subjetividad y 4) Enajenación, Despojo, Ansiedad y Salud de los Trabajadores.

De la Rosa Olivares Swemy. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con un diplomado en Trabajo comunitario impartido por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México y la UNAM; becaria por la Dirección General de Cooperación e Internacionalización con un intercambio académico en la Universidad de Cuenca en Ecuador, ha sido colaboradora y becaria en distintos proyectos de investigación PAPIIT y PAPIIME en la Escuela Nacional de Trabajo Social, y en el Instituto Nacional de Pediatría; ha desarrollado intervención en prácticas comunitarias, regionales e institucionales en Benito Juárez, Tláhuac y en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; en sus áreas de investigación e intervención destacan los temas de vejez y envejecimiento a partir de una visión gerontológica, percepción de vejez en jóvenes universitarios, relaciones intergeneracionales, violencia entre pares una visión entre jóvenes universitarios de México y Ecuador, alfabetización en salud y educación; actualmente se desarrolla en el área educativa como integrante del Departamento de Psicopedagogía a Nivel Secundaria desarrollando actividades docentes y de dirección de grupos socioescolares; es aspirante a la especialidad en Administración Gerontológica por la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM.

De Orué Ríos, Paula María Encarnación. Magister en Salud Pública con mención en Educación para la Salud (Universidad de Chile); diplomada en Gestión de Sistemas de Salud (Universidad de Concepción); diploma de postítulo en Calidad, Seguridad y Acreditación en Salud (Universidad de Chile). Se ha desempeñado en cargos directivos de la Dirección de Administración de Salud Municipal de la comuna de Chiguayante (1999-2013), en particular como directora en Centros de Salud Familiar de la comuna; fue directora del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Concepción, Chile (2010-2013), y representa a la Universidad de Concepción en la Red Chilena de Instituciones Formadoras en Salud Pública desde su conformación a la fecha.

Falcón Romero, María. Doctora y licenciada en Farmacia por la Universidad de Murcia. Profesora titular del Área de Medicina Legal y Forense, Departamento de Ciencias Socio-sanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, en España. Experta en estudios toxicológicos y participante en la investigación realizada en Europa cerca de la alfabetización en salud. Líneas de investigación principales: Bioética y derecho médico, Drogas de abuso, Toxicología y Patología forense. Columnita experta de Sociedad Iberoamericana de Información Científica SIIC.

Farfán Márquez, Aurora, maestría en Ciencias con especialidad en Salud Reproductiva. Docente de las asignaturas: Promoción de la salud en el ciclo de vida; Metodología de la investigación; y Estadística y antropología médica e interculturalidad. Obtuvo el Reconocimiento al Mérito Docente de Excelencia "Dr. José Laguna García". En investigación ha participado sobre temas de investigación educativa acerca de los contenidos temáticos de asignaturas como salud pública; antropología médica e interculturalidad; salud mental y también desarrollo y crecimiento personal. Desde 2012, es responsable del Programa de Alta Exigencia Académica e integrante del Programa Institucional de Tutorías, actividades que realiza en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Farinoní Morilla, Noemí Delia. Es licenciada en Sociología y maestra en Salud Pública con especialidad en Epidemiología. Posee postgrado en Bioética de la Investigación y doc-

torado en Andragogía. Además, es profesora titular del Departamento de Sociología, en la cátedra de Sociología de la Salud, Facultad de Humanidades, Universidad de Panamá. Es miembro del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá. También es investigadora del Centro de Investigaciones de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Panamá.

Fernández López, Lucía. Graduada en Farmacia por la Universidad de Murcia, magister internacional en Toxicología por la Universidad de Sevilla. Contrato predoctoral en Área de Medicina Legal y Forense, Departamento de Ciencias Socio-sanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España.

Franceschi de Thompson, Maira Nela. Es psicóloga egresada de la Facultad de Filosofía, Letras y Educación de la Universidad de Panamá. Ha realizado estudios de maestría en Psicología Social Laboral en la Universidad Autónoma de México y de Psicología Organizacional, Industrial y Social en la Universidad de Panamá. Profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá, Consultora externa de la Organización Internacional del Trabajo, directora general de Admisión. Ha trabajado en la elaboración y la concreción de proyectos como Escuela sin Murallas patrocinado por la UNESCO (Contraparte por la Universidad de Panamá) Casa de la Juventud de la Gobernación de Panamá y el Instituto Técnico Superior para la Formación de Técnicos en Enfermería e Ingeniería Biomédica. Fue distinguida por la Universidad de Panamá para representarla en el Congreso Mundial de Universidades y ha recibido diversos reconocimientos por se excelsa labor en Pro de la Juventud Panameña. Cuenta con 45 años de experiencia docente y administrativa en la Universidad de Panamá.

Garay Tenorio de Hernández, Ligia del Carmen. Es profesora y enfermera. Realizó la licenciatura en Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Panamá. También posee un postgrado en Docencia Superior con Especialidad en Docencia Superior en la Universidad de Panamá. Además tiene doctorado en Educación. Fue maestro en Ciencias con especialización en Enfermería Materno Infantil, Universidad de Panamá. Es profesora titular de la Universidad de Panamá. Posee un diplomado de Tutores Ambientes Virtuales, y obtuvo la Medalla Líder Gremial.

Herrera Arellano, María Érika. Representa a la Universidad de Concepción en la Red Chilena de Instituciones Formadoras en Salud Pública desde su conformación hasta la fecha en la Universidad de Concepción, Chile. Sus líneas de investigación son la Psicolingüística y la Alfabetización en Salud. Ha participado en congresos nacionales e internacionales de la especialidad y ha integrado equipos interdisciplinarios en proyectos de investigación financiados por el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (Fondecyt-Chile) en el tema de "Representaciones espaciales en la comprensión del lenguaje en pacientes con enfermedad de Parkinson" y en proyectos del Fondo Nacional de Investigación en Salud (Fonis-Chile) en el tema de "Instrumentos de medición en salud y su relación con la competencia lectora: análisis de los cuestionarios HLS-EU, TOFHILA, y NSV y SAHLSA".

Keller Ascencio, Joanne Melissa. Licenciada en Pedagogía, ha colaborado en actividades de investigación y en la formación de estudiantes y profesores de nivel primaria y bachillerato. Actualmente es profesora adjunta del Colegio de Pedagogía, Facultad de Filosofía y Letras, en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Luna Maldonado, Aurelio. Doctor y licenciado en Medicina por la Universidad de Granada, especialista en Medicina del Trabajo y Medicina Legal, catedrático del Área de Medi-

cina Legal y Forense, Departamento de Ciencias Socio-sanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España. Doctorado en Envejecimiento y Fragilidad. Sus líneas de investigación principales son Aspectos socioeconómicos, éticos y jurídicos del envejecimiento, Inadaptación juvenil, Bioética y derecho médico, Drogas de abuso, Ciencias victimológicas y Criminológica, toxicología, patología forense y odontología forense.

Luna Ruiz-Cabello, Aurelio. Doctor y licenciado en Filosofía por la Universidad de Murcia. Profesor asociado en Área de Medicina Legal y Forense, Departamento de Ciencias Socio-sanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España. Entre sus publicaciones destaca, en la Revista de Comunicación en Salud, el artículo "Alfabetización en salud, concepto y dimensiones. Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud (2012). Tesis doctoral sobre Alfabetización en Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Martínez de Delgado, Rebeca. Licenciada en Psicología, magister en Psicología Escolar, profesora de segunda enseñanza con especialización en Psicología, posgrado en Docencia Superior. Administradora del Programa de Educación Familiar, Entrenadora de Entrenadores (Universidad de Santa Cruz, California). Adiestramiento en Desarrollo de Pruebas Educativas (Universidad del Valle de Guatemala). Experiencia profesional: directora nacional de Orientación Educativa y Profesional y secretaria general del Ministerio de Educación. Directora de Investigación y Orientación Psicológica, vicedecana, directora de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología y profesora titular de la Universidad de Panamá. Publicaciones: coautora del libro Los talleres multidisciplinares de trabajo social y realidad nacional; investigaciones: "Índice de desarrollo estudiantil, alfabetización en salud" y "Opinión de los estudiantes de la Universidad de Panamá, sobre el matrimonio igualitario".

Martínez Salgado, Carolina. Médico Cirujano por la UNAM. Maestra en Medicina Social por la UAM-X. Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población, El Colegio de México. Becaria del Fondo de Población de la Fundación MacArthur de 1992 a 1995. Profesora e investigadora de tiempo completo del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-X desde 1980, actualmente con el nivel de titular C. Docente de la licenciatura en Medicina y diversos posgrados en el Departamento de Atención a la Salud de la UAM-X. Ha colaborado en la docencia con otras instituciones académicas nacionales y en otros países. Líneas de investigación: Distribución regional de los riesgos para la salud en México (enfoque epidemiológico); Percepción de los riesgos y daños a la salud en familias populares urbanas (enfoque cualitativo); Configuración de los riesgos para la salud mental en México (enfoques epidemiológico y cualitativo) y Dimensión emocional de los problemas de salud y relación médico-paciente (enfoque cualitativo).

Martínez Cuevas, Guillermo. Licenciado en Pedagogía, maestro en Psicología Clínica y maestro en Ciencias, campo de la Salud Mental Pública. Ha colaborado con instituciones nacionales e internacionales, como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", los Centros de Integración Juvenil, A. C., la Secretaría de Educación Pública y el Ministerio de Educación de Costa Rica, para la elaboración de cursos, materiales didácticos y metodologías para la prevención del consumo de drogas y la promoción de la salud mental. Actualmente es profesor de tiempo completo en el área "Psicología y Educación" del Colegio de Pedagogía, Facultad de Filosofía y Letras, en la Universidad Nacional Autónoma de México, dedicándose a la formación de estudiantes de licenciatura y la profesionalización de docentes de los niveles bachillerato y universitario. Mojica Delgado, Marita. Es licenciada en Psicología. Realizó estudios de posgrado en

Evaluación Psicológica, Intervención y Tratamiento, así como en Docencia Superior. Además posee maestría en Psicología Escolar y doctorado en Educación con mención en Andragogía. Cuenta con diplomados en Metodología y Técnicas de Investigación a Nivel Superior, también en Manejo e Intervención de Problemas Conductuales en la Niñez y Adolescencia. Actualmente es decana de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá. También es directora de la Escuela de Psicología en la Universidad de Panamá, al igual que Primer Enlace Interinstitucional de la Oficina de Equiparación de Oportunidades de la Universidad de Panamá y coordinadora de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Humanidades.

Nero Rojas, Francia Elena. Es profesora en Educación con especialidad en Educación y en Educación Pre-Escolar, licenciada en Educación con especialidad en Educación. Posee magister en Ciencias de la Familia con especialización en Orientación Familiar y postgrado en Docencia Superior. Fue coordinadora de la Maestría en Orientación y Consejería, Universidad de Panamá, directora de la Escuela de Formación Pedagógica en la Universidad de Panamá y directora del Departamento de Orientación Educativa y Profesional, Universidad de Panamá. Actualmente es directora de Educación Continua y Extensión en la Universidad de Panamá.

Noria Moreno, Ezra Franciso. Es licenciado en Trabajo Social, realizó su servicio social en la Coordinación de Investigación de la ENTS, participó como estudiante becario en el Proyecto PAPIIT IN310116 "Dimensiones de la alfabetización en salud en la comunidad universitaria, análisis comparativo entre la UNAM y cinco universidades latinoamericanas, para una propuesta de intervención social". Su tesis la elaboró dentro del Programa de Jóvenes a la Investigación en Trabajo Social.

Nuñez Flores, Maura. Realizó sus estudios de doctorado en la Universidad de la Coruña, España, en 2011. Tiene maestrías en Economía y en Estadística Aplicada. Creadora y coordinadora del Observatorio Ocupacional de la Universidad de Panamá, 2007-2016. Es catedrática en la Universidad de Panamá en la Facultad de Economía. Ha realizado un centenar de investigaciones y publicaciones en diversas revistas nacionales e internacionales. Entre sus últimas publicaciones se encuentran: "Evolución de la rentabilidad de la educación en Panamá", "Dotación de capital humano en Panamá" y "Estudios de seguimiento de estudiantes y graduados de la Universidad de Panamá". Sus áreas de investigación se relacionan con economía de la educación, mercado laboral, género y modelos econométricos.

Pulido Navarro, Margarita es médica cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México, especialista en Medicina del Trabajo por la UNAM y el IMSS, maestra en Ciencias en Salud en el Trabajo y doctora en Ciencias en Salud Colectiva, ambas por la Universidad Autónoma Metropolitana. Desde 2002 es profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma Metropolitana. Actualmente es jefa del Área de Investigación, Trabajo y Salud, del Departamento de Atención a la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-Xochimilco. Sus publicaciones versan sobre temas de salud de los trabajadores incorporando en varias de ellas aportes de la Historia social y la Historia oral Rivas Espinosa, Juan Gabriel. Maestro en Enfermería en Educación. Docente de la Licenciatura de Enfermería, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Líneas de investigación: Salud, Educación y Género. Profesor-investigador. Publicaciones en coautoría: "Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en universitarios de enfermería", Revista

Electrónica de Portales Médicos, X (1); 2015, “Diagnóstico de salud y capacidades de autocuidado en estudiantes de enfermería”, Revista Electrónica de Portales Médicos, X (3); 2015, “Autopercepción de capacidades de autocuidado en estudiantes de enfermería de una universidad pública”, Revista Electrónica de Portales Médicos, X (12); 2015, “Nivel de aplicación de pensamiento crítico para el cumplimiento del indicador de calidad de venoclisis instalada”.

Rodríguez Torres, Alejandra. Médica, especialista en Medicina Familiar, maestra en Sociología de la Salud, candidata a doctora en Salud Colectiva. Médico familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesora de asignatura en Sociología de la Salud y Licenciatura en Nutrición, Universidad Autónoma del Estado de México. Profesora de la materia Medicina Intercultural, Universidad Intercultural del Estado de México. Línea de actividad académica: Salud Colectiva.

Roper Yearwood, Donna Angela. Actualmente es profesora en la Universidad de Panamá y realiza estudios doctorales en Proyectos TIC. Obtuvo el título de ingeniera en Sistemas Computacionales en la Universidad Tecnológica de Panamá y de Maestría en Sistemas de Información en la Universidad Católica de Santa María Antigua. En 30 años ha desarrollado una vasta experiencia en la enseñanza de temas relacionados con la informática. Promueve a la cuestión de género en las carreras STEM, y su principal esfuerzo se centra en la investigación y desarrollo, orientado a áreas tales como salud, educación y la aplicación de soluciones informáticas que impacten socialmente. Cree en la transferencia de conocimientos hacia las futuras generaciones. Senior member del IEEE, vice y presidente actual del Computer Society, en la Sección Panamá. Actualmente es directora del Departamento de Informática en la Facultad de Informática, Electrónica y Comunicación de la Universidad de Panamá.

Ruiz Pérez, Claudia. Licenciada en Trabajo Social y maestrante en el Programa de Maestría en Trabajo Social, en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha desarrollado investigaciones en el área educativa y participado las siguientes líneas de investigación: salud y violencia, principalmente en proyectos dirigidos por la doctora Aída Valero Chávez, investigadora de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Realizó prácticas de especialización en el Instituto Nacional de Pediatría en la Ciudad de México. Obtuvo el título de licenciada en Trabajo Social, en la modalidad de titulación Jóvenes a la Investigación. También se ha desempeñado como ayudante de profesor en la Facultad de Estudios Superiores Aragón de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Salazar Provoste, Omar. Profesor de Español y Filosofía y magister en Lingüística (Universidad de Concepción-Chile); doctor en Lingüística Hispánica (Universidad de Valladolid, España). Se desempeñó como académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, impartiendo clases también en las universidades de Santiago de Chile, Andrés Bello y Diego Portales (Chile) y ha sido profesor visitante en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Sus líneas de investigación son la Psicolingüística y la Alfabetización en Salud. Ha integrado equipos interdisciplinarios en proyectos de investigación financiados por el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología-Chile en el tema de “Representaciones espaciales en la comprensión del lenguaje en pacientes con enfermedad de Parkinson” y en proyectos del Fondo Nacional de Investigación en Salud-Chile en el tema de “Instrumentos de medición en salud y su relación con la competencia lectora: análisis de los cuestionarios HLS-EU, TOFHILA, y NSV y SAHLSA”.

Valero Chávez, Aída Imelda. Trabajadora social, licenciada en Trabajo Social, con maestría en Enseñanza Superior, doctora en Educación. Es profesora titular C de tiempo completo en la Escuela Nacional de Trabajo Social. Coordinadora de proyectos PAPIIT y PAPIME. De 2005 a 2008 fue invitada a participar como coordinadora del Laboratorio de Investigación Sociomédica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. En la Revista Archivos de Neurociencias, en los suplementos volumen VIII de 2005, volumen X de 2006, volumen XII de 2007 se citan los resultados de las investigaciones sociomédicas. Presidenta del Comité del Programa de Jóvenes a la Investigación en Trabajo Social. Ha sido consejera universitaria, consejera técnica en la ENTS, miembro del SNI (no vigente) y evaluadora de proyectos Conacyt, Indesol, Acceso y CIESS.

Vera Calzaretta, Aldo Renato. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile, desempeñando el cargo de director de Investigación de dicha facultad. Cumple funciones docentes en pre y posgrado para el Departamento de Salud Pública de la misma Universidad para la formación de médicos especialistas. Sus principales líneas de investigación e interés son, entre otros: Presentismo laboral, Factores de riesgo psicosocial, Factores psicosociales, Calidad de vida y salud, Aprendizaje organizacional y Gestión en organizaciones de salud. Es investigador en el área de Alfabetización en Salud, en proyectos financiados por la Comisión de Ciencia y Tecnología (Fonis, Conicyt-Chile). Ha publicado en revistas indexadas de la especialidad (ISI, Scielo). Se desempeñó como académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, impartiendo clases también en las universidades de Santiago de Chile, Andrés Bello y Diego Portales (Chile) y ha sido profesor visitante en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Verde Flota, Elizabeth. Maestra en Estudios de la Mujer, docente de la Licenciatura de Enfermería, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Líneas de investigación: Salud, Educación y Género. Profesora-investigadora. Publicaciones en coautoría: "Adicciones y políticas públicas en estudiantes del nivel medio superior público en la Ciudad de México, Portales Médicos, Revista Electrónica, vol. IX, núm. 2, enero, ISSN-1886-8924, España, indexada, 2016, "Los estudiantes universitarios y sus relaciones familiares", Portales Médicos, Revista Electrónica, vol. XI, núm. 18, octubre, ISSN-1886-8924, España, indexada, 2016, "Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en universitarios de enfermería", Revista Electrónica de Portales Médicos, X (1), 2015, "Diagnóstico de salud y capacidades de autocuidado en estudiantes de enfermería", Revista Electrónica de Portales Médicos, X (3), "Autopercepción de capacidades de autocuidado en estudiantes de enfermería de una universidad pública", Revista Electrónica de Portales Médicos, X (12), 2015.

Zilic Hrepic, Martín Nicolás. Médico cirujano (Universidad de Chile); especialista en Cirugía General (Universidad Católica de Lovaina, Bélgica); especialista en Cuidados Intensivos y Reanimación (Universidad Católica de Lovaina, Bélgica); Master of Sciences, con Mención en Cirugía General (Universidad Católica de Lovaina, Bélgica); Master of Sciences, con mención en Cuidados Intensivos y Reanimación (Universidad Católica de Lovaina, Bélgica). Profesor asociado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile. En su trayectoria profesional y política destacan los cargos de director del Hospital Regional de Concepción, Chile; intendente de la Región del Biobío, Chile (1964-2000); ministro de Educación en el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet (2006), y su participación en diversos eventos y organizaciones como coorganizador del Foro Mundial de Biotecnología. Coordinador del programa cien-

tífico del Foro Organización de Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y Gobierno de Chile (2002-2004); gestor y director del Centro de Biotecnología de la Universidad de Concepción (2005-2006); promotor y director del estudio de la OCDE “El impacto de las instituciones de educación terciaria en el desarrollo regional. La experiencia de la región del Biobío (2010-2012)”); coordinador del estudio sobre Alfabetización en salud patrocinado por la UNESCO y la Universidad de Concepción, Chile (2013 a la fecha).



**Universidad Nacional Autónoma de México**

***“Promoción, alfabetización e intervención en salud”***

Esta edición se terminó en el mes de  
enero de 2019 por la DG Estefanía Quiroz Osorio  
Su composición se realizó con la familia  
tipográfica: Lato 9, 10 pts

Edición digital  
El cuidado de la edición estuvo a cargo de:  
Departamento de Publicaciones ENTS



**Aída Imelda Valero Chávez** es académica en la Escuela Nacional de Trabajo Social, sus principales actividades se centran en la formación de recursos humanos en la licenciatura y el posgrado de Trabajo Social en la UNAM. Sus líneas de investigación han sido los problemas sociales en la Ciudad de México, la condición social de los jóvenes y sus derechos humanos, la inseguridad pública y violencia social. Su trabajo mediante el vínculo de la ENTS con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” le permitió dar un enfoque social al estudio de las enfermedades neurológicas y psiquiátricas.



Dirección General de Asuntos  
del Personal Académico

Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación  
e Innovación Tecnológica PAPIIT  
IN310116