

EDITORES CIENTÍFICOS

Edward Javier Ordóñez / Karol Susana Velasco Vargas

SALUD Y EDUCACIÓN:

horizontes y retos investigativos
contemporáneos



VIGILADA
MINEDUCACIÓN

USC
UNIVERSIDAD
SANTIAGO
DE CALI

EDITORIAL



Cita este libro

Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). (2020). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Palabras Clave / Keywords

Evaluación, educación, estudios en salud, formación recurso humano, subjetividad.

Evaluation, education, health studies, staff development, subjectivity.

Contenido relacionado:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>



SALUD Y EDUCACIÓN:

horizontes y retos investigativos
contemporáneos

Edward Javier Ordóñez
Karol Susana Velasco Vargas

Editores científicos



EDITORIAL

Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos / Edward Javier Ordóñez Karol Susana Velasco Vargas [y otros]. -- Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali, Sello Editorial, 2020.

200 páginas: ilustraciones; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-958-5147-22-5 **ISBN digital:** 978-958-5147-23-2

1. Condiciones de trabajo y salud 2. Atención primaria - Salud 3. Educación en salud
I. Ordóñez, Edward Javier. II. Velasco Vargas, Karol Susana. Universidad Santiago de Cali.

LC WA100

CO-CaUSC
jrgb/2020



Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos.

© Universidad Santiago de Cali.

© **Editores Científicos:** Edward Javier Ordóñez y Karol Susana Velasco Vargas.

© **Autores:** Karol Susana Velasco Vargas, Eliana Fernanda Cruz Tascón, Katherine Álvarez Trujillo, María Teresa Bedoya Gutiérrez, Jorge Enrique Paredes, Edelmira Muñoz, Bertha Cecilia Quiñones Castillo, Carlos Armando Echandia Álvarez, Dolly Villegas Arenas, Sandra Liliana Ossa Lizaraso, Hilda Mary Gómez Herrera, Elsa Yasmín Vente, Evila Rogelia De Lacruz Gómez, Christian José Pallares Gutiérrez, Ivanoba Pardo Herrera, Janeth Cecilia Gil Forera, Adriana Jaramillo Echeverry, Claudia Patricia Quiroga Vásquez, Estela Rodríguez Torres, Ibama Sarria Campo, Maritza Campo Viveros, María Ximena Medina Noreña, Neffer Arizala Valencia, Johana Rebeca Soler Torres, Nayibi Riascos Rojas, Janeth Larrahondo Vásquez, María Isabel Mosquera Ceballos, Marco Alexis Salcedo, Edward Javier Ordóñez y Lucely Obando Cabezas.

1a. Edición 100 ejemplares.
Cali, Colombia - 2020.

Fondo Editorial / University Press Team

Carlos Andrés Pérez Galindo

Rector

Claudia Liliana Zúñiga Cañón

Directora General de Investigaciones

Edward Javier Ordóñez

Editor en Jefe

Comité Editorial / Editorial Committee

Claudia Liliana Zúñiga Cañón

Doris Lilia Andrade Agudelo

Edward Javier Ordóñez

Alba Rocío Corrales Ducuara

Santiago Vega Guerrero

Milton Orlando Sarria Paja

Mónica Carrillo Salazar

Sandro Javier Buitrago Parias

Claudia Fernanda Giraldo Jiménez

Proceso de arbitraje doble ciego:

“Double blind” peer-review.

Recepción/Submission:

Agosto (August) de 2020.

Evaluación de contenidos/

Peer-review outcome:

Septiembre (September) de 2020.

Correcciones de autor/

Improved version submission:

Octubre (October) de 2020.

Aprobación/Acceptance:

Noviembre (November) de 2020.



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Contenido

Presentación	9
---------------------------	---

Primera parte: **salud**

Capítulo 1. Evaluación del reflejo de succión ¿coherente con la realidad anatomofisiológica del neonato y el seno materno?	15
<i>Karol Susana Velasco Vargas, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Eliana Fernanda Cruz Tascón, Universidad Santiago de Cali</i>	
Capítulo 2. Condiciones de trabajo y salud de los vendedores ambulantes de la plaza de cayzedo de Cali	35
<i>Katherine Álvarez Trujillo, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>María Teresa Bedoya Gutiérrez, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Jorge Enrique Paredes, Universidad Santiago de Cali</i>	
Capítulo 3. Caracterización sociodemográfica y clínica y cuidados de enfermería de pacientes con chikungunya.	57
<i>Edelmira Muñoz, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Bertha Cecilia Quiñones Castillo, Fondazione Ospedaliera per Disanili</i>	
<i>Dolly Villegas Arenas, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Carlos Armando Echandía Álvarez, Universidad del Valle</i>	
Capítulo 4. Adherencia del personal de salud a la higiene de manos en cinco momentos.....	69
<i>Dolly Villegas Arenas, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Sandra Liliana Ossa Lizaraso, Hospital Universitario del Valle</i>	
<i>Hilda Mary Gómez Herrera, Hospital Universitario del Valle</i>	
<i>Elsa Yasmín Vente, Centro Médico Imbanaco</i>	
<i>Evila Rogelia De Lacruz Gómez, Servicio Occidental de Salud</i>	
<i>Christian José Pallares Gutiérrez, Centro Médico Imbanaco</i>	

Capítulo 5. Atención primaria en salud un eje articulador para las competencias en salud	83
<i>Janeth Cecilia Gil Forero, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Ivanoba Pardo Herrera, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Claudia Patricia Quiroga Vásquez, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Adriana Jaramillo Echeverry, Institución Universitaria Colegios de Colombia</i>	
Capítulo 6. Una mirada a la práctica profesional de enfermería en el Valle del Cauca, Colombia	99
<i>Estela Rodríguez Torres, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Ibama Sarria Campo, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Maritza Campo Viveros, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>María Ximena Medina Noreña, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Neffe Arizala Valencia, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Johana Rebeca Soler Torres, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Nayibi Riascos Rojas, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Janeth Larrahondo Vásquez, Universidad Santiago de Cali</i>	
Capítulo 7. Coordenadas históricas en la elección de una profesión docente. Historia de un desaprendizaje.....	123
<i>María Isabel Mosquera, Universidad Santiago de Cali</i>	
Capítulo 8. Los supuestos de la revolución contextual en la psicología	147
<i>Marco Alexis Salcedo Serna, Universidad Nacional de Colombia</i>	
<i>Edward Javier Ordóñez, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre</i>	
Capítulo 9. La ciudad como agente educador	169
<i>Marco Alexis Salcedo Serna, Universidad Nacional de Colombia</i>	
Acerca de los autores	189
Pares Evaluadores	197

Content

Presentation	9
---------------------------	----------

Part One: Health

Chapter 1. Assessment of the sucking reflex: consistent with the anatomophysiological reality of the neonate and the breast?	15
<i>Karol Susana Velasco Vargas, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Eliana Fernanda Cruz Tascón, Universidad Santiago de Cali</i>	
Chapter 2. Working conditions and health of street vendors in the Plaza de Cayzedo in Cali	35
<i>Katherine Álvarez Trujillo, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>María Teresa Bedoya Gutiérrez, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Jorge Enrique Paredes, Universidad Santiago de Cali</i>	
Chapter 3. Sociodemographic and clinical characterization and nursing care of patients with chikungunya.....	57
<i>Edelmira Muñoz, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Bertha Cecilia Quiñones Castillo, Fondazione Ospedaliera per Disanili</i>	
<i>Dolly Villegas Arenas, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Carlos Armando Echandía Álvarez, Universidad del Valle</i>	
Chapter 4. Adherence of health personnel to hand hygiene in the five moments.....	69
<i>Dolly Villegas Arenas, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Sandra Lilitiana Ossa Lizaraso, Hospital Universitario del Valle</i>	
<i>Hilda Mary Gómez Herrera, Hospital Universitario del Valle</i>	
<i>Elsa Yasmín Vente, Centro Médico Imbanaco</i>	
<i>Evila Rogelia De Lacruz Gómez, Servicio Occidental de Salud</i>	
<i>Christian José Pallares Gutiérrez, Centro Médico Imbanaco</i>	

Chapter 5. Primary health care, an articulating axis for health competencies	83
<i>Janeth Cecilia Gil Forero, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Ivanoba Pardo Herrera, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Claudia Patricia Quiroga Vásquez, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Adriana Jaramillo Echeverry, Institución Universitaria Colegios de Colombia</i>	
Chapter 6. A look at the professional practice of nursing in Valle del Cauca - Colombia.....	99
<i>Estela Rodríguez Torres, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Ibama Sarria Campo, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Maritza Campo Viveros, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>María Ximena Medina Noreña, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Neffar Arizala Valencia, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Johana Rebeca Soler Torres, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Nayibi Riascos Rojas, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Janeth Larrahondo Vásquez, Universidad Santiago de Cali</i>	
Chapter 7. Historical coordinates in the choice of a teaching profession. History of an unlearning	123
<i>María Isabel Mosquera, Universidad Santiago de Cali</i>	
Chapter 8. The assumptions of the contextual revolution in psychology	147
<i>Marco Alexis Salcedo Serna, Universidad Nacional de Colombia</i>	
<i>Edward Javier Ordóñez, Universidad Santiago de Cali</i>	
<i>Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre</i>	
Chapter 9. The city as an educating agent	169
<i>Marco Alexis Salcedo Serna, Universidad Nacional de Colombia</i>	
About the Authors	189
Peer Reviewers	197

Presentación

Presentation

La investigación como eje fundamental del aporte al conocimiento en una institución universitaria, no solo es el resultante de un proceso metodológico que da respuesta a un proyecto creado por profesionales, sino que también es el hecho tangible de la multiplicidad de preguntas que se han tejido en el camino del hacer de un sin número de sujetos que le apuestan al juicio, a la teoría.

El presente libro surge de la motivación de un grupo de profesores de la Universidad Santiago de Cali, que en la labor de seguir aundando en la investigación se unieron para hacer visible sus interrogantes junto a sus resultantes.

El libro presenta dos categorías investigativas, la primera se centra en temáticas del área de la salud:

- El primer capítulo se centra en una relación analítica y crítica entre la realidad anatomofisiológica del seno materno y las características orales y faciales del neonato, para la acción de alimentación a partir del reflejo de succión. Los resultados obtenidos llevan a repensar la validez de los procesos actuales en la evaluación del reflejo de succión que ejecutan los actores del área de la salud ya que dependen de la interpretación subjetiva desde la sensorialidad de cada evaluador.
- Le continúa el visibilizar el abordaje de la realidad en Seguridad y la Salud en el Trabajo de los vendedores ambulantes de la plaza de Caycedo de la Ciudad de Santiago de Cali. Demostrando un deterioro de la salud y calidad de vida de los vendedores ambulantes.
- En el tercer capítulo se presenta las características sociodemográficas, clínicas y los cuidados de enfermería recibidos en pacientes con Chikungun-

ya, mediante una revisión documental; concluyendo en un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes.

- En el capítulo que le continúa se aborda una temática de interés a la clínica por hacer parte de la cotidianidad y a una normativa propia del ejercicio en instituciones de salud. El trabajo determinó en trabajadores de salud de un hospital universitario la adherencia a la higiene de manos en los 5 momentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, encontrando que la adherencia global de higiene de manos es baja y se requiere la implantación de medidas encaminadas a reforzar el conocimiento y la práctica a esta estrategia.

Los lectores harán un recorrido hacia el conocimiento de aspectos que conjugan el área de la salud con la educación:

- El primer escrito da cuenta de la relevancia y responsabilidad de hacer visible el alcance de la academia en la potenciación de las competencias cognitivas en Atención Primaria en Salud-APS.
- En continuidad al interés de aportar a la formación del profesional de salud, desde el conocimiento y análisis de la realidad. Se presenta la investigación Una mirada a la práctica de la enfermería, que presenta la caracterización del estado de la práctica de enfermería con respecto a la formación, aplicación del proceso enfermero, modelos- teorías, dificultades y/o barreras en algunas instituciones de salud públicas y privadas en el Valle del Cauca. Los aportes del estudio permitieron incidir en los procesos de formación y cualificación de enfermería en la ejecución de sus prácticas profesionales y re direccionar su qué hacer actual para el Valle del Cauca.
- Como una relación entre la educación desde la formación de profesionales de salud y lo que representa el rol del profesor en esta diada, se expone el escrito cualitativo de una biografía marcando como objetivo la relación interpretativa entre los eventos políticos, sociales e ideológicos, y la acción de la formación del profesor universitario en aras a la proyección y estructuración del saber manifestado a través del discurso.
- El siguiente capítulo, los supuestos de la revolución contextual en la psicología, expone los fundamentos de la psicología tradicional, la crítica contemporánea a esta, dando como concluyente: “Una psicología asentada sobre una epistemología de este tenor, que toma lo simbólico como factor fundamental para comprender al hombre, que hace del significado un fenómeno social, y por consiguiente, a la mente también, es la que actualmente se está explorando desde la llamada revolución contextual”.

- El último capítulo presenta una reflexión frente a la diada Educación-ciudad, dando como referencia lo encontrado en un proyecto de investigación en la Universidad San Buenaventura de la ciudad de Cali. El trabajo giró en torno a la problemática de la dimensión educativa que tiene la ciudad, la cual cabría diferenciar de la problemática la dimensión urbana que puede y debe tener la educación formal.

Leer el presente libro es transitar por nuevos conocimientos en el ámbito de la Salud y la educación, dirigido para todos, siendo todos aquellos sujetos que priman el saber cómo parte del Ser.

Editores científicos.

01

PRIMERA PARTE:

SALUD

Un estudioso de la vida debe asumir mentalmente todas las partes de su cuerpo, así como estudiar su función y su relación con las otras partes y sistemas

Andrew Taylor Still

Evaluación del reflejo de succión: ¿coherente con la realidad anatomofisiológica del neonato y el seno materno?¹

Evaluation of the sucking reflex: is it consistent with the anatomophysiological reality of the newborn and the mother's womb?

Karol Susana Velasco Vargas

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-1224-0138>

Eliana Fernanda Cruz Tascón

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-8430-6642>

Resumen

El presente artículo corresponde a la revisión documental del mecanismo del reflejo de succión y las características músculo esqueléticas del neonato a término, en función de la acción refleja. Para ello se tuvo en cuenta la metodología cualitativa, tipo de estudio documental utilizando como estrategia

1 Producto resultante de la investigación: Estandarización de la fuerza del reflejo de succión del neonato haciendo uso de tecnología biomédica, de la ciudad de Cali. Universidad Santiago de Cali. Código Radicación No. 819-621114-054.

Cita este capítulo

Velasco Vargas, K. S. y Cruz Tascón, E. F. (2020). Evaluación del reflejo de succión: ¿coherente con la realidad anatomofisiológica del neonato y el seno materno?. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 15-33). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

la división de la información en dos categorías teóricas y ésta a su vez en subcategorías. La principal consideración ética a cumplir está relacionada con el respeto de los derechos de autor que rige la Ley 23 de 1982.

El artículo visibiliza aspectos estructurales y de función, pero también concluye en la delimitación de cada elemento a tener en cuenta para evaluar el estado del reflejo de succión, desde la objetividad clínica, en contravía a los parámetros utilizados hoy desde la posible subjetividad. Los resultados obtenidos abren la puerta a repensarse la validez de los resultados obtenidos de la evaluación del reflejo de succión haciendo uso del dedo del evaluador y sus criterios de subjetividad desde su sensorialidad, unido a la falta de interés por comprender la importancia de la fisiología de la succión del neonato.

Palabras Clave: evaluación, neonatos, reflejo, succión.

Abstract

The present article corresponds to the documentary review of the mechanism of the suction reflex and the musculoskeletal characteristics of the term neonate, as a function of the reflex action. For this purpose, qualitative methodology was considered, a type of documentary study using as strategy the division of information into two theoretical categories and this in turn into subcategories. The main ethical consideration to be fulfilled is related to the respect of the copyright that governs Law 23 of 1982.

The article visibilises structural and function aspects, but also concludes in the delimitation of each element to be taken into account to evaluate the state of the suction reflex, from clinical objectivity, in contravía to the parameters used today from the possible subjectivity. The results obtained open the door to rethink the validity of the results obtained from the evaluation of the suction reflex using the finger of the evaluator and its criteria of subjectivity from its sensoriality, together with the lack of interest in understanding the importance of the physiology of The suction of the neonate.

Keywords: Evaluation, neonates, reflex suction.

Introducción

El presente artículo corresponde a la revisión documental del mecanismo del reflejo de succión y las características músculo esqueléticas del neonato a término en función de la acción refleja; es parte de una fase del proyecto de investigación: “Estandarización de la evaluación de la fuerza del reflejo de succión en neonatos haciendo uso de tecnología biomédica, en la ciudad de Cali”. El reflejo de succión se configura como un criterio evaluativo relevante por determinar el nivel de maduración del sistema nervioso central y las posibilidades de supervivencia por corresponder al mecanismo de alimentación innato (Guerra Quintero, 2012; Colombia, 2007; Owens, 2003), se convierte en prioridad objetiva como elemento proyectivo del crecimiento y desarrollo del recién nacido. Es necesario entonces conocer cuáles son las características propias del mecanismo, pero también comprender la relación de éste con la maduración y estado de la anatomofisiología del neonato y la mama materna. Tal vez el tener claro lo anterior brindaría precisiones para una evaluación del reflejo de forma objetiva.

En aras a determinar los parámetros para el diseño de un instrumento de tecnología biomédica para la estandarización de la fuerza del reflejo de succión en neonatos, se hace una indagación de tipo documental centrada en las categorías teóricas:

Neonatos, Reflejo de succión, Evaluación de reflejo de succión, Seno materno. La información revisada muestra los elementos anatomofisiológicos a tener en cuenta en una valoración clínica, por estar inmersos en la acción refleja de la succión. Se describe cada uno de los aspectos musculares, esqueléticos y funcionales propios del neonato para llevar a cabo el reflejo de succión. También los aspectos anatómicos propios del seno materno como proveedor del alimento y aditamento natural que entra a la boca para el inicio del reflejo de succión para la alimentación. Igualmente da cuenta del mecanismo paso a paso del reflejo de succión.

Teóricamente dando respuesta a las categorías se plantea como relevante que el recién nacido es definido, “como aquel proveniente de una gestación de 20 semanas o más; desde su aparición del organismo materno hasta que cumple 28 días de vida extrauterina” (Guerra Quintero, 2012).

El recién nacido se clasifica según el Dr. Gonzalo Guerra Quintero en: “recién nacido pre-término, nacido antes de cumplir la semana 37 de gestación; recién nacido a término, nacido entre la semana 37 y menos

de 42 semanas; recién nacido pos-término, nacido en la semana 42 en adelante” (Guerra Quintero, 2012). Así mismo se adjudica como primera esencialidad la norma técnica del recién nacido regida por el Ministerio de Protección Social de la República de Colombia:

Se debe garantizar el derecho a la vida y a la salud a cerca de setecientos mil colombianos que cada año nacen, justifica plenamente establecer parámetros básicos obligatorios y normas para la intervención clínica que garanticen una atención humanizada con calidad, racionalidad científica y con oportunidad, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el nacimiento y período neonatal precoz, disminuyendo así las tasas de morbilidad, mortalidad perinatal y neonatal, puesto que la mayoría de las complicaciones del período neonatal son prevenibles, controlables o tratables y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención en la gestación, en el momento del parto y el período neonatal (Colombia, 2007).

En coherencia a lo anterior, se tiene en cuenta la asistencia primaria de los niveles de salud y el bienestar óptimo, tanto para los niños como para sus familias; este se consigue a través de diversas actividades interrelacionadas las cuales incluyen a vigilancia, la observación, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la coordinación de la asistencia para atender las necesidades especiales de los niños. Es por ello que el recién nacido en su primera instancia debe ser evaluado por un grupo interdisciplinario (médico pediatra, enfermero, terapeuta respiratorio, fonoaudiólogo, entre otros) que verifique funciones de gran importancia para la salud y el bienestar del mismo. En la actualidad la valoración del reflejo de succión es realizada inicialmente por el profesional pediatra y su protocolo consiste en la inclusión del dedo meñique del evaluador a la boca del neonato para definir si la fuerza que ejerce el evaluado es suficiente como para alimentarse. Como lo plantea Owens (2003) “Si ponemos un dedo en la boca del niño, éste inicia una succión rítmica”. La succión suele ser menos intensa y menos regular durante los primeros tres o cuatro días. Una succión escasa, débil o lenta se da en bebés espásticos. La succión es un reflejo innato, pero también puede modificarse en función de la experiencia adquirida por el niño.

- **Estimulación:** Inserte el dedo o el pezón en la boca.
- **Respuesta:** Presión negativa intra-oral se genera con la punta de la lengua elevada (más que extendida y retraída como en lactancia), la aproximación de los labios es más firme y más rítmicos los movimientos de la mandíbula (Owens, 2003).

Durante el proceso de evaluación que se hace en neonatos, se tiene en cuenta la denominada succión no nutritiva en tanto, como se planteó anteriormente, el estímulo corresponde al dedo del evaluador. La succión no nutritiva aparece entre las semanas 26 y 27 de gestación, dicha succión se caracteriza por series de salvas de corta duración y pausas, donde las salvas son similares y ocurren a una frecuencia rápida; el lactante realiza este tipo de succión por placer teniendo un efecto tranquilizante, en este proceso él bebe no debe alternar esta acción con la deglución ni la respiración (Amiel Tison, 2006). Teniendo en cuenta la complejidad de lo que significa la maduración de la succión y el conocimiento de que tanto en humanos como en el resto de los mamíferos, la respuesta de succión es la principal conducta del neonato en estado de vigilia con relación a la madre (March, 2004) es de preguntarse por qué la evaluación de este reflejo sigue determinada por un criterio subjetivo, el cual se condiciona por la sensibilidad de un sujeto evaluador. La sensación es un conocimiento relativo a un sujeto y a un objeto (realidad corpórea), la sensación depende de los caracteres sensibles de las cosas, como también de los factores constitutivos del sujeto que siente: estado general del sujeto y en particular de sus órganos sensoriales (Ferrer Serrate, 2006).

La succión refleja no solo corresponde al proceso motor sinérgico que posibilita la alimentación y por lo tanto la supervivencia a un recién nacido, sino que también corresponde a una función estomatognática pre lingüística, como base relevante de la dimensión comunicativo lingüística; por lo que es prioridad el conocimiento de las características específicas involucradas en el reflejo de succión en pro de comprender lo que significaría una evaluación objetiva de tal mecanismo. Como lo plantea (Korkhaus, 2009): “La mandíbula del recién nacido posee un retrognatismo de 5 a 8 milímetros y hasta 12 milímetros su desarrollo será favorecido por los movimientos de succión que contribuyen así para el estímulo del crecimiento de la mandíbula, lo que propiciará una armonía facial, así como un buen desarrollo de los órganos fono articuladores responsables por la articulación de los sonidos del habla.

Los procedimientos de evaluación clínica están diseñados para determinar el estado de salud, en este caso madurativo, en pro de la promoción, prevención y/o diagnóstico, lo que significa que deben estar establecidos bajo la coherencia y con base en parámetros anatomo-fisiológicos, tanto del sujeto que será evaluado como del proceso a evaluar. En el conocimiento del estado de reflejo de succión como mecanismo y de la fuerza del mismo,

se tendría que tener en cuenta la anatomía del neonato, la anatomía del seno materno (como agente proveedor del alimento), la maduración y la fisiología del mecanismo reflejo como tal; y desde aquí asumir criterios que den norte a una valoración. Un dedo evaluativo, que en la generalidad sería muchos dedos evaluativos, no dan correspondencia a la estructura ni a la función.

Se presenta, entonces, el estudio de revisión de los elementos mínimos inmersos en el reflejo de succión en pro de pensar en una evaluación objetiva de la fuerza del reflejo desde el conocimiento y comprensión de todo lo inmerso en tal mecanismo.

El presente artículo presenta una muestra del procedimiento metodológica llevado a cabo; y de los principales resultados organizados desde dos macro categorías:

- Elementos embriológicos en asocio a la anatomía y fisiología inmersa en el reflejo de succión.
- Relación del mecanismo del reflejo de succión con parámetros anatomofisiológicos de pezón y neonato.

Finaliza con una discusión frente a la realidad evaluativa en relación con los aportes que da la teoría y unas conclusiones frente a la pretensión de los criterios a tener en cuenta para la objetividad evaluativa.

Método

La metodología del estudio fue de tipo documental, cuyo procedimiento estuvo centrado en la recolección de información, siendo un tipo de investigación descriptiva y cualitativa; para ello se utilizó como estrategia la división de la información en dos categorías teóricas y éstas a su vez en subcategorías. Teniendo en cuenta que el proceso metodológico está centrado en revisión documental, la principal consideración ética a cumplir está relacionada con el respeto de los derechos de autor que rige la Ley 23 de 1982.

Los autores de obras literarias, científicas y artísticas gozarán de protección para sus obras en la forma prescrita por la presente ley y en cuanto fuere compatible con ella por el derecho común. También protege esta

ley a los intérpretes o ejecutantes y los productores de fonogramas y a los organismos de radio difusión, en sus derechos conexos a los del autor autor (Autor.Ley, 1982).

Primera categoría: Mecanismo del reflejo de succión, que a su vez se subdividió en dos subcategorías:

1. Desarrollo embrionario/neurológico del reflejo de succión.
2. Mecanismo de reflejo de succión propio del neonato.

Segunda Categoría: Estructuras músculo esqueléticas orofaciales del neonato y anatomía del seno materno; esta categoría se subdividió en:

1. Desarrollo de las estructuras musculo esqueléticas y organización neuromuscular.
2. Función de estructuras músculo esqueléticas que participan en el reflejo de succión del neonato.
3. Anatomía de seno materno.

Para dar cumplimiento al objetivo de conocimiento estructural y funcional, pero también de la relación entre estos en el reflejo de succión, se procedió a realizar relaciones de conexión de información.

1. Relación funcional de embriología; anatomía de las estructuras músculo esqueléticas.
2. Relación anatomía - fisiología de la succión refleja con anatomía de seno materno.

Posterior a la recolección de la información documental se procedió a concluir los mínimos elementos determinantes como criterios a tener en cuenta para la evaluación de la fuerza del reflejo de succión.

Resultados

La correlación teórica busca visibilizar los resultados obtenidos en el estudio documental, en un cuadro comparativo y relacional entre los elementos que corresponden a la embriología, la anatomía y la función, siempre en relación al interés del estudio - reflejo de succión -.

Tabla 1. Elementos embriológicos en asocio a la anatomía y fisiología inmersa en Reflejo de Succión.

Embriología	Anatomía	Relación funcional
Sensibilidad		
<p>A las veinte semanas, se inicia la formación de vainas de mielina de los axones, lo que es un requisito para poder transmitir y recibir la información en forma rápida eficiente y estable (Chávez Torres, 2003).</p>	<p>En los neonatos la información del contexto es netamente sensorial, es decir, que toda información es percibida y llevada de inmediato a áreas corticales donde se da una respuesta a ello. Lo anterior da respuesta a actividades reflejas, en tanto la información se percibe y se da una respuesta automática sin ser procesada. Ese procesamiento solo se da a medida que dicha información se integra dependiendo de los reflejos que se estén estimulando.</p>	
Labios/boca		
<p>A la sexta semana. El borde del labio está formado por los dos procesos maxilares, correspondiendo el tercio medial al proceso nasal medial. Una falta de contacto o fusión de los procesos maxilares y nasal medial provoca una hendidura labial, uni o bilateral (Arvey, 2007).</p> <p>En la formación del labio inferior intervienen solo los procesos mandibulares, mientras que en el labio superior su porción media o <i>filtrum</i> se origina a expensas de los procesos nasales medios y sus porciones laterales a expensas de sus procesos maxilares (Gómez Ferraris, 2009).</p>	<p>En los labios se observa una línea prominente de demarcación de la unión de la piel y la membrana mucosa del labio. En la parte media del labio superior se encuentra una elevación que se conoce como “callo de succión” la cual persiste por varias semanas después del nacimiento. Los labios son húmedos, brillantes y de color rojo (Rodríguez Weber, 2008).</p> <p>La boca del neonato esta ricamente dotada de un sistema de guía sensorial que brinda el impulso para muchas funciones neuromusculares vitales como la succión, deglución, bostezo y la tos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999).</p>	<p>Una de las funciones de los labios es el reflejo de búsqueda, succión, bostezo y tos que posibilitan el amamantamiento de la extracción de la leche materna del pezón de la madre como alimentación en el recién nacido.</p> <p>La boca en el recién nacido está adaptada como una función principal para la alimentación; es por esto que una alteración anatómica afecta el desarrollo funcional, principalmente el reflejo de succión.</p> <p>Los labios en la succión tienen una función de adosar y sellar para que el neonato pueda generar presiones negativas posibilitando la succión como tal. Además éstos poseen una grasa natural que facilita el movimiento del objeto en la boca cuando se habla de la succión propiamente dicha.</p>

Embriología	Anatomía	Relación funcional
Lengua		
<p>A medida que los procesos palatinos crecen medialmente, contactan con la lengua, que crece durante la séptima semana hacia el interior de la cavidad nasal (Arvey, 2007)</p> <p>La lengua esta innervada por los pares craneales quinto, séptimo, decimo y duodécimo (Arvey, 2007)..</p>	<p>La lengua es de coloración roja brillante en la cara ventral. Debe estar plana, redondeada, adelantada. Hay movimientos de lengua en el plano vertical. La lengua es relativamente grande lo que unido a la ausencia de dientes hace posible que se pegue el paladar provocando en el niño una respiración nasal obligada hasta los tres meses de edad.</p> <p>La lengua es lo suficientemente larga y se prolonga hasta la encía inferior, pero no tan larga que sobrepase los labios, el frenillo se une en un lugar alejado de la punta de la lengua para que ésta tenga suficiente flexibilidad de movimiento.</p> <p>Existen diferencias anatómicas significantes entre el bebé y el adulto. En la cavidad oral el recién nacido llena la boca con la lengua y el resto más anteriormente que en el adulto. El tamaño de la cavidad oral sigue disminuyendo por lo que es relativamente más pequeña la mandíbula, haciendo que la lengua parezca más grande del espacio asignado (Arvedson, 2002).</p>	<p>La lengua es un órgano muy sensorial, en los neonatos los estímulos son mucho más fuertes por su mismo sistema de conexiones nerviosas, como son algunos pares craneales que llevan información sensitiva a centros superiores de forma inmediata (arco reflejo). En los neonatos la lengua aparentemente se observa más grande que en un adulto pero esto es por las características anatómicas que posee la cavidad oral. La lengua se adelanta sin posibilidad aun de retraerla porque la laringe en ese momento se encuentra ascendida, lo que modifica las demás estructuras, como la epiglotis y la base de la lengua, haciendo que ellas se encuentren más cerca al istmo de las fauces; además de un frenillo sublingual no muy flexible que no facilita esa acción, su ápex lingual es redondeado lo que proporciona que los movimientos sean generados de forma vertical con poca precisión y una posición constante en el piso de la boca. Esta situación hace que la cavidad oral se vea más pequeña y lleve al neonato a realizar respiraciones netamente nasales.</p> <p>Hasta esa edad la succión es un acto reflejo desencadenado mediante estimulación táctil en la región peri oral, que inicia el patrón de succión inmaduro conocido como <i>suckling</i>; en él predomina el movimiento de retracción y extensión de la lengua durante la succión, donde la lengua forma un surco central (Suzanne Evans Morris, 2000).</p>

Embriología	Anatomía	Relación funcional
Mejillas/carrillos o cojinetes de succión.		
<p>Las mejillas se forman por la fusión lateral y superficial de los procesos maxilares y mandibulares. Los músculos de las mejillas (carrillos) derivan del mesénquima del segundo arco branquial y están inervados por el nervio facial (Gómez Ferraris, 2009)</p> <p>La lengua llena el espacio de la boca, la grasa de los músculos maseteros hace que la mucosa bucal forme una curvatura hacia adentro, facilitando su contacto con la lengua, la mandíbula retrocede y las encías inferiores están ligeramente detrás de las superiores. (Sabillon, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE - AÑO 1998).</p>	<p>El recién nacido tiene unos cojinetes de succión que son discretas masas densamente compactas de tejido graso dentro de los músculos maseteros. Los cojinetes ayudan a estabilizar las mejillas pero generalmente desaparecen a las cuatro o cinco semanas de vida (Arvedson, 2002).</p>	<p>Las mejillas en los neonatos contienen unas masas compactas de grasas; dichas masas y la curvatura que toman las mejillas, la cual ha sido proporcionada desde el momento de su desarrollo embriológico, también contribuirán a que la cavidad oral disminuya en tamaño. Esa curvatura hace que las demás estructuras estén en mayor contacto como son las encías, la lengua y el paladar haciendo que la funcionalidad vaya en función de la integridad de todas las estructuras involucradas. Los cojinetes de succión o carrillos, como son llamadas las masas mencionadas, proporcionan durante la función una estabilidad y precisión al momento en el que el neonato realiza el patrón de succión, ya que los labios también toman una posición de protrusión, permitiendo que el adosamiento de la boca en la succión se convierta en un selle tipo hermético que facilite la presión negativa en la cavidad oral. Esta acción también se posibilita por las características anatómicas y funcionales de los labios.</p>
Buccinadores		
<p>El músculo buccinador no está bien delimitado a las nueve semana y llega hacer superficial a medida que se aproxime al ángulo de la boca y se une con la cara profunda del músculo más superficial de la región; este músculo se divide en una porción craneal y una caudal limitadas por el conducto de la glándula parótida (Infante Contreras, 2009).</p>	<p>La Superficie de los buccinadores tiene grasa para reforzar las mejillas y evitar el colapso en la succión (Sinnatamby, 2003).</p>	<p>Los buccinadores inicialmente se evidencian como un músculo superficial por su desarrollo, que durante su función y activación constante van madurando las fibras que lo componen; sin embargo en el neonato, este músculo se acompaña de los carrillos en cuanto su función, lo que hace que dicha función se vea compensada y facilite procesos evolutivos del neonato.</p>

Embriología	Anatomía	Relación funcional
Mandíbula/maxilar		
<p>La cara se desarrolla principalmente de los tejidos circundantes a la fosa oral. Por encima de la fosa oral se encuentra la cobertura del encéfalo denominado el proceso frontal, del que se desarrolla la frente. Laterales a la fosa oral se sitúan los procesos maxilares derecho e izquierdo, de los que se desarrollan las mejillas, y por debajo de la fosa oral se localiza el arco mandibular, a partir del cual se desarrolla la mandíbula. A la quinta semana, las plácotas nasales bilaterales, o áreas engrosadas de epitelio, aparecen en el borde superior del labio. El arco mandibular pierde su estrechamiento de la línea media (Arvey, 2007).</p>	<p>El neonato nace con la mandíbula retraída (aparente falta de desarrollo) y el amamantamiento estimula su primer avance fisiológico.</p> <p>La mandíbula tiene dos miradas al nacer, y sus extremos anteriores cartilagosos están separados por tejidos fibrosos en la sínfisis mentoniana. La osificación une las mitades en el primer año de vida. El crecimiento hacia delante de la mandíbula cambia la dirección del agujero mentoniano (Sinnatamby, 2003).</p> <p>Según Korkhaus, Schwarg y Klembe, la mandíbula del recién nacido posee un retrognatismo de 5 a 8 milímetros y hasta 12 milímetros su desarrollo será favorecido por los movimientos de succión (Korkhaus., 2009).</p>	<p>En el momento de la succión la mandíbula al igual que la lengua genera movimientos verticales, éstos a su vez por ser parte del desarrollo oro motor del neonato, facilitan los procesos de alimentación siendo ésta una de las funciones principales para la supervivencia del recién nacido.</p> <p>La mandíbula posee una posición retrógnata inicial, la cual es modificada por la función constante durante la succión, que al ser acompañada por la función de las mejillas y los carrillos proporciona estabilidad durante ésta.</p>

Embriología	Anatomía	Relación funcional
Paladar		
<p>Séptima semana, desarrollo del paladar; éste se desarrolla de una parte medial anterior con forma de cuña y dos procesos palatinos laterales. La parte medial también se conoce como paladar primario debido a que se desarrolla primero y constituye el suelo de las fositas nasales (Arvey, 2007).</p> <p>El paladar primario, o proceso palatino medial, se desarrolla al final de la quinta semana y se funde por el final de la sexta semana para convertirse en la parte pre maxilar del maxilar. El paladar duro se fusiona en la novena semana y el paladar blando se completa con las doce semanas de gestación (Arvedson, 2002)..</p>	<p>El paladar muestra la presencia de rugosidades palatinas, las cuales son únicas e irrepetibles, estando presentes durante toda la vida (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999).</p> <p>El paladar del recién nacido se caracteriza por la presencia de un sistema de surcos. Estos separan claramente de manera visible la porción alveolar del reborde gingival superior de la bóveda palatina (García, 2011).</p>	<p>Durante el desarrollo embriológico, el maxilar superior va pasando por evoluciones y/o etapas que dando como fruto final el paladar propiamente dicho, el cual en los neonatos posee características específicas que facilitan procesos durante la función, ya que posee un sistema de surcos o pequeños canales no profundos, que proporcionan precisión cuando un objeto está en boca. Esta precisión se observa en el momento en el que el neonato durante la succión sostiene de manera automática un objeto sin dejarlo caer o mover facialmente. Estos surcos a medida que la succión es constante van desapareciendo creando en el neonato, una musculatura más tonificada para que estos se encarguen del proceso. El paladar inicialmente es alto y solo el contacto frecuente que tiene la posición lingual en función en el neonato durante la succión, genera que se vuelva más plano y permita a su vez el ensanchamiento de la cavidad oral.</p>

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 2. Relación del mecanismo del reflejo de succión con parámetros anatómofisiológicos de pezón y neonato.

Anatomía del pezón		
Anatomofisiología		Parámetros para la evaluación objetiva
<p>La areola es una región circular de 15 a 25 mm de diámetro situada en la parte más prominente de la mama, de color más oscuro que la piel que la rodea. En su interior presenta unas prominencias (entre 12 y 20) llamadas tubérculos de Morgagni dispuestas de forma irregular. Son glándulas sebáceas y justo en el centro de las mismas suele haber un pelo de tamaño muy pequeño.</p> <p>El pezón se levanta como una gruesa papila en el centro de la areola. Usualmente tiene el aspecto de un cilindro o cono, pero a veces presenta una depresión (pezón retraído). Las dimensiones del pezón son también variables aunque están relacionadas por regla general con el tamaño de la mama. Exteriormente, el pezón es irregular y rugoso debido a un gran número de papilas y surcos que cubren su superficie (IQB.es., 1998-2010.).</p> <p>El pezón es una estructura cónica de unos 10-12 x 9-10 mm, rodeado por un engrosamiento epidérmico discoidal y pigmentado llamado areola (Ramírez, 2011).</p>		<p>El instrumento u objeto evaluador debería tener una base o soporte que simule la areola mamaria con el fin de estabilizar la boca del neonato. Esta base (circular) debe tener entre 15 a 25 milímetros de diámetro.</p> <p>Pensando en el adosamiento y estimulación real para el ajuste en pro de la presión negativa debiera ser un pequeño cilindro o cono cuya base hiciese las veces del pezón mamario, entre (10-12 x 9-10 mm).</p>
Mecanismo	Anatomofisiología del neonato	Parámetros para la evaluación objetiva
<p>Activación del reflejo de búsqueda; se activa al rozar las mejillas o comisuras de los labios.</p> <p>El neonato gira la cabeza llegando a línea media oral generando movimientos de flexión de cabeza y cuello.</p>	<p>Como actividad refleja por la activación del V par craneal (facial), que es el encargado de realizar la respuesta motora, y por el nervio trigémino, las mejillas o comisuras labiales generan una respuesta inmediata facilitando el reflejo de búsqueda.</p> <p>La búsqueda permite que los estímulos sensitivos del neonato se activen para dar respuestas motoras dando paso al reflejo de succión. Es decir, un acto sensitivo motor conlleva a otro generando una función orgánica que le permite al neonato acceder a la alimentación posteriormente.</p> <p>Es importante aclarar que el reflejo de búsqueda se da gracias al vermex lanugo que posee el neonato en la piel debido a que dicha característica sebácea permite que el estímulo sensitivo viaje de manera rápida a los centros superiores generando respuestas inmediatas.</p>	<p>Evaluar la fuerza del reflejo de succión requiere de la activación objetiva del reflejo de búsqueda.</p> <p>El elemento evaluador debe tener una textura suave que permita el roce y deslizamiento fácil entre la mejilla y las comisuras labiales.</p> <p>El instrumento no debe proporcionar cambios de temperatura; este debe estar a temperatura ambiente simulando el calor del seno, evitando posible rechazo por parte del neonato, de igual manera posibilitando deslizamiento de la comisura al posicionamiento en labios para dar paso a succión.</p>

Anatomía del pezón		
Mecanismo	Anatomofisiología del neonato	Parámetros para la evaluación objetiva
Apertura y protrusión labial	Durante el reflejo de búsqueda se activan algunos músculos faciales proporcionando la apertura y cierre labial; dichos músculos son los elevadores del labio superior, risorio, triangular, orbiculares de labios y cigomático.	El instrumento evaluador debe tener un rango de medida simulando al pezón (10-12 x 9-10 mm) para que se facilite la apertura de la boca del neonato evitando tanto obstrucción en la cavidad oral como apertura excesiva de ésta. Se recuerda que la punta debe estar en función ovalada o redondeada para evitar el rechazo labial por parte del neonato.
Adosamiento labial generando un sello en parte de la areola logrando un contacto del pezón con el paladar.	El funcionamiento integral entre estos músculos ayuda a adosar los labios con el pezón evitando el derrame de líquido y que no se pierda la presión negativa. Los labios están dotados de una grasa natural que proporciona esta mucosa que ayuda a mantener los labios húmedos, rojizos y brillantes que facilita el roce constante del labio – pezón durante la succión.	El instrumento debe tener una base de circunferencia entre 15 y 25 mm teniendo en cuenta el diámetro de la areola y el pezón entre (10-12 x 9-10 mm) El instrumento debe constar de un sistema sensorial muy sensitivo para que logre captar las variables de fuerza, presión y coordinación. El instrumento debe tener un material que permita deslizarse con facilidad en la boca del neonato haciendo contacto con la grasa de los labios generando una respuesta al estímulo sensitivo y facilitando el reflejo de succión.
La lengua protruye por encima de la encía inferior formando una U; se adosa contra la bóveda palatina y el estímulo apoyando la llegada al paladar. Luego la lengua se mueve desde la parte anterior hacia la parte posterior de la boca donde se desencadena la succión mientras los cojines de succión y lengua favorecen que mantenga la posición del instrumento.	Anatómicamente la lengua es plana, redondeada, lo que le facilita que logre hacer una curvatura y recibir el pezón sujetándolo contra el paladar; a su vez la lengua al estar adelantada fisiológicamente, permite el movimiento anteroposterior generando constricción en el pezón. El paladar estabiliza y sujeta el pezón gracias a los surcos y rugosidades palatinas que tiene. En este momento los cojinetes de succión estabilizan las mejillas y precisan los movimientos de las demás estructuras.	El instrumento debe ser flexible adaptándose a diferentes formas proporcionadas por la lengua y el paladar, acomodándose a la anatomía oral. Debe ser completamente estéril sin orificios para que se favorezca la presión negativa. La forma del instrumento debe ser en dirección al paladar, es decir que al ser introducido la punta redondeada del instrumento se adapte a la forma del paladar, dirigiéndose en primera instancia hacia él.

Anatomía del pezón		
Mecanismo	Anatomofisiología del neonato	Parámetros para la evaluación objetiva
Cuando la lengua del neonato desciende en la parte más posterior se ejerce la presión intra oral negativa y se da la deglución.	El movimiento lingual hacia la parte posterior genera la presión negativa proporcionando eyección del líquido mamario. Esto sucede como respuesta para tratar e igualar las presiones extra-intraoral.	El instrumento como ya se menciona anteriormente debe ser flexible para que facilite el movimiento de la lengua en dirección antero-posterior.
Comienza el juego de coordinación succión – deglución y respiración.	La succión madura se caracteriza por un ciclo de 10 a 30 succiones sin pausas para respirar, puesto que el niño coordina a la perfección ambos procesos, succión-deglución y respiración (García-Alix, 2012). Una vez que el niño empieza a succionar, la lengua realiza movimientos peristálticos que desplazan la leche al esófago, momento en que se produce la deglución y el ciclo vuelve a empezar (Padró, 2017).	En este momento se inicia la observación entre la coordinación del mecanismo como tal, para determinar si es una succión madura e inmadura, teniendo en cuenta la teoría. Además de observar la maduración del proceso de succión, se analiza la coordinación con las otras funciones. Igualmente se definiría la fuerza de succión que es la determinante de las posibilidades de extracción y por ende de cantidades de succión.

Fuente: elaboración propia (2017).

Discusión

El reflejo de succión en neonatos posee un mecanismo de acción, es decir una secuencia de actividad refleja para generar la succión, aspecto que se convierte en pauta determinante para su evaluación objetiva, como parte de la valoración del estado madurativo. Este mecanismo comienza con la activación del reflejo de búsqueda producido por un estímulo que se le realiza al neonato en las comisuras labiales, lo que genera una respuesta motora; esto gracias a que las comisuras poseen una grasa natural que ante una textura suave al tacto permite que pueda haber deslizamiento a labios al hacer contacto con el instrumento activador. El inicio del reflejo depende de un estímulo que deberá poseer como característica una textura

lisa, flexible, con temperatura estable, sin rugosidades o puntas; en aras de evitar el rechazo por parte del neonato.

Al activarse el reflejo de búsqueda el evaluado procede a girar la cabeza para llegar a línea media oral y generar movimiento de flexión de cabeza y cuello lo cual permite el encuentro entre boca e instrumento. En este momento se activa el siguiente mecanismo; por ello el instrumento debe poseer una punta redondeada que facilite la apertura labial que haya permitido el deslizamiento de la comisura labial a parte medial labial.

Al ser la apertura y protrusión labial, el tercer mecanismo, el instrumento debe tener una punta redondeada que entre a la cavidad oral sin hacer invasión a dicha estructura, pues afectaría los movimientos de las estructuras orales; por ello este instrumento debe tener unas medidas que simulen el pezón mamario. Éstas medidas deben estar entre 10-12 de largo por 9-10 de ancho mm. Ésta apertura labial es propiciada a su vez por la grasa que poseen los labios facilitando el roce entre el instrumento y los labios. El instrumento debe poseer una base circular que simule la areola mamaria con unas medidas entre 15 a 25 mm de diámetro. Esto con el fin de crear un límite beneficioso de lo que se va a introducir a la cavidad oral del neonato, además que permita estabilizar el instrumento con la boca y propicie las funciones de los cojinetes de succión.

El cuarto mecanismo se genera por el adosamiento y selle labial entre boca e instrumento que logre un contacto entre la punta del instrumento y el paladar del neonato. El adosamiento o selle labial debe ser completo o hermético para que no afecte la presión negativa intra oral y por lo tanto afecte las variables de fuerza y presión negativa.

En el quinto mecanismo la lengua se protruye por encima de la encía inferior y se acanala para adosar la punta del instrumento contra el paladar y posteriormente generar los movimientos antero posteriores de la lengua; por ello es primordial que la punta del instrumento sea flexible y maleable para que logre moldearse a la cavidad oral y se genere por lo tanto el movimiento de la lengua de manera armoniosa. Es hasta aquí donde la succión se observa de manera refleja, ya que posteriormente empieza el juego de coordinación entre la respiración, la deglución y succión propiamente dicha, desapareciendo el acto reflejo.

El reflejo de succión se ha venido evaluando de manera subjetiva y poco formal donde la respuesta depende el evaluador y no del neonato, ocasionando posibles errores en el diagnóstico y desencadenando a futuro la posibilidad de no maduración de las funciones estomatognáticas (alimentación,

habla, respiración, deglución y succión), algunas de estas, vitales en el ser humano. Es importante aclarar que se desconocía sobre un nuevo método que permitiera evaluar éste reflejo de manera más formal y objetiva donde el trabajo fuese realizado por el neonato y la respuesta no dependiera del evaluador o terapeuta. A partir de las razones anteriores nació el interés de indagar mediante fuentes bibliográficas si existía o no, algún método o técnica para evaluar éste reflejo de manera objetiva. Se encontró que no existe algo que dé sustento a ésta evaluación, por lo contrario hubo investigaciones que hablaban de estudios realizados acerca del reflejo de succión como succión nutritiva; es decir, el reflejo desde la alimentación pero no como reflejo que aportase datos relevantes de maduración neurológica y proyección de desarrollo comunicativo - lingüístico. Además dichas investigaciones no fueron aplicadas como evaluaciones objetivas formales ni como examen clínico para la posterior aplicación.

El conocimiento de parámetros embriológicos, anatómicos y fisiológicos inmersos en el mecanismo de succión de un neonato, abre la puerta al replanteamiento de la valoración clínica que se está dando por parte de los profesionales de salud. Se crea la necesidad de buscar herramientas objetivas que brinden parámetros estándares frente a la fuerza y desde aquí la claridad de pautas a seguir.

Desde el cumplimiento de la normativa de aseguramiento a la calidad de vida y salud del neonato, es prioridad la responsabilidad de evaluaciones y por ende resultados certeros frente al estado presente, el mismo en pro de su crecimiento y desarrollo óptimo.

Conclusiones

Los parámetros anatomofisiológicos tanto del seno materno como del bebe dan cuenta de los elementos a tener en cuenta para la valoración del reflejo de succión.

Los parámetros que se encuentran establecidos para la valoración del reflejo de succión no coinciden con el mecanismo del reflejo, ni con las características de las estructuras anatómicas del neonato.

La valoración descrita del reflejo de succión no establece unos parámetros relacionados con la fuerza, aunque se supone los delimita.

Referencias bibliográficas

- Amiel Tison, G. J. (2006) *Desarrollo neurológico de 0 a 6 años: etapas y evaluación*. Madrid: Narcea S.A.
- Arvedson, B. J., & Bodsky, L. (2002). *Pediatric swallowing and feeding assessment and management*.
- Arvey, J., & Chiego, J. (2007) *Principios de histología y embriología bucal, con orientación clínica*. Barcelona, España: Elsevier.
- Carabobo. Lotka, R. (2006). *El sentido del tacto*. México: Editorial Trillas.
- Chávez Torres, R. M.(2003) *Neurodesarrollo neonatal e infantil. Un enfoque multi, inter y transdisciplinario en la prevención del daño*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2003
- Dirección Nacional de Derechos de Autor. Unidad Administrativa Especial Ministerio del Interior. Ley 23 de 1982. Congreso de la Republica de Colombia. Disponible en: <http://derechodeautor.gov.co/leyes>
- Ferrer Serrate, J. (2006). *Los Sentidos Internos: El sentido Común*. Colombia.
- García, A., Bermúdez, M., Rivera, N., Santana Yirma, G., & Finol, A. (2011). *Desarrollo del paladar en recién nacidos a término sanos y su relación con el grupo étnico*. Disponible en: <http://revistas.luz.edu.ve/index.php/rluz/article/view-File/9607/9291>
- García-Alix, A., Quero, J. (2012). *Reflejos primitivos o del desarrollo: Evaluación neurológica del recién nacido*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?isbn=8499691609>
- Gómez Ferraris, M., & Campos Muñoz. (2009) *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental*. México: Editorial Médica Panamericana, 2009
- Guerra Quintero, G. (2012). *Normas y Manejos del Recién Nacido*.
- Infante Contreras, C. (2009). *Fundamentos para la evaluación del crecimiento, desarrollo y función craneofacial*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/634/2/9789584442864.01.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1999) Escuela de Enfermería. Clasificación del recién nacido. Disponible en: <http://www.slideshare.net>
- IQB.es. *Atlas de ginecología Anatomía de la mama, 1998-2010*. Disponible en: <http://www.iqb.es/ginecologia/atlas/mama/anatomia/pezon.htm>

- Korkhaus. (S.F). *The practice building Bulletin. The schwarz Model Analysis*. Vol. IV, ISSUE XX. Disponible en: <http://www.kemetek.com/dev/spacemaintainers/images/practice-building/PBB20-schwarz-model-analysis.pdf>
- March, S. M. La conducta de succión y el período de lactancia: diversos abordajes experimentales. *Revista Psicología Científica.com*, [en línea] 2004 (septiembre 16). Vol. 6, núm. 8. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/conducta-succion-lactancia>
- Owens, R (2003). *Desarrollo del Lenguaje*. 5ª Edición. Pearson Prentice Hall. 2003.
- Padró, A. *Alba Lactancia materna. La succión y la deglución durante la lactancia materna*. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/succion-y-deglucion>
- Ramírez, J.V. *Propedéutica mamaria. Breve recuerdo anatómico y fisiológico de la mama*. Disponible en: <http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/curs%202011-12/TEMA%20G-13.pdf>
- Rodríguez Weber, M., & Udaeta Mora, E. *Neonatología clínica*. México: McGraw Hill.
- Sabillón F. (1998). Diferentes Patrones de Succión. *HONDURAS PEDIÁTRICA: XIX* (4). pp. 91-93.
- Sinnatamby, Ch. S. (2003) *Anatomía the Last: regional y aplicada*. 10ª ed. Barcelona: Paidotribo.

Condiciones de trabajo y salud de los vendedores ambulantes de la Plaza de Cayzedo de Cali²

Working and health conditions of street vendors in the Plaza de Cayzedo in Cali

Katherine Álvarez Trujillo

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-3214-3378>

María Teresa Bedoya Gutiérrez

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-3322-5148>

Jorge Enrique Paredes

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-0645-4180>

-
- 2 Del estudio: Modelo de capacitación sobre el sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo dirigido a la población ocupada dedicada a las ventas ambulantes de la plaza de Cayzedo del municipio de Santiago de Cali durante el último trimestre del año 2015.

Cita este capítulo

Álvarez Trujillo, K.; Bedoya Gutiérrez, M. T. y Paredes, J. E. (2020). Condiciones de trabajo y salud de los vendedores ambulantes de la Plaza de Cayzedo de Cali. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 35-56). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Resumen

La investigación identificó los riesgos en Seguridad y la Salud en el Trabajo de los vendedores ambulantes de la plaza de Cayzedo de la Ciudad de Santiago de Cali. Para ello, se empleó la Encuesta Nacional del sector informal diseñada por el Ministerio de la protección social en el año 2007; hubo un estudio no probabilístico de 74 vendedores ambulantes. Así se encontró que el ruido, las altas temperaturas, el calor, el frío y los riesgos de tránsito, psicosocial y biomecánico, representaron los mayores riesgos a los cuales están expuestos los vendedores ambulantes. La investigación corroboró que las condiciones de salud y trabajo de las personas que desempeñan esta actividad económica no son las adecuadas, tal como se demuestran en otros estudios en referencia a las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de esta población. Demostrando un deterioro de la salud y calidad de vida de los vendedores ambulantes.

Palabras clave: condiciones de trabajo, condiciones de salud, sector informal, vendedores ambulantes.

Abstract

The research identified the risks in Safety and Health at Work of the street vendors in the Cayzedo Square of the City of Santiago de Cali. It used the national survey of the informal sector designed by the Ministry of Social Protection in 2007; there was a non-probabilistic study of 74 street vendors. It was found that noise, high temperatures, heat, cold, and psychosocial and biomechanical traffic risks represented the greatest risks to which street vendors are exposed. The research corroborated that the health and working conditions of the people who carry out this economic activity are not adequate, as demonstrated in other studies in reference to the health and working environment conditions of this population. Demonstrating a deterioration in the health and quality of life of street vendors.

Keywords: working conditions, health conditions, informal sector, street vendors.

Introducción

La seguridad y la salud en el trabajo es el principal método para ejecutar cualquier actividad de trabajo seguro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como aquella disciplina que trata la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores (Nota descriptiva N°389, 2015). Así, el objetivo principal de este informe fue identificar las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de los vendedores ambulantes de la plaza de Cayzedo de Cali. Esto conllevó a proponer acciones de promoción y al mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas sus ocupaciones. Cabe destacar que, actualmente, la seguridad y la salud en el trabajo en Colombia se encuentra regida por la Ley 1072 del 26 de mayo de 2015.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), las ventas ambulantes del sector informal son un fenómeno global en aumento, debido a la crisis económica y a la falta de fuentes de empleo estable (Flores, 2013). La informalidad marca la fuerza laboral mundialmente; además es una realidad laboral presente en países con grados menores de desarrollo y por las distintas debilidades de políticas públicas.

Las personas solucionan la falta de oportunidades laborales con el denominado “rebusque”; esta variable laboral se hace alternativa “única” de empleo para suplir sus necesidades básicas (Alfers, 2008; Alli, 2008); aunque el DANE afirme que en Cali disminuyó el subempleo, la percepción en las calles es otra. Así lo afirma Ximena Payán corresponsal del diario El País; anotando que entre julio y septiembre del 2017 había 452 000 subempleados en Cali y Yumbo, cuando un año atrás, en igual lapso, la cifra llegó a los 485 000, lo que significa que 33 000 personas pasaron a ocupar un empleo formal o desaparecieron del mercado laboral (Tiempo., 2017). Debido a situaciones similares que se viven en el ámbito mundial y especialmente en América Latina, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a partir del Convenio número 187 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, con su correspondiente recomendación (número 196), definida por la Conferencia Internacional del Trabajo en 2006, reconoce que el objetivo del Convenio es la integración de las estrategias para promover la mejora constante de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) (B., 2008). De este modo, se ha buscado la implementación de políticas públicas enfocadas a los sectores informales cuyas condiciones y puestos de trabajo no cumplen con los estándares mínimos de seguridad y salud. Para el caso colombiano, el

Ministerio del Trabajo a través del Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021, define que hay que trabajar por el fortalecimiento de la transversalidad de la seguridad y la salud en el trabajo en el conjunto de políticas públicas, siendo su principal objetivo la formulación de planes y programas que acerquen a los trabajadores informales al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) y sobre la inclusión laboral (OISS., 2014.).

El trabajo se enfoca en generar acciones de autocuidado en los vendedores ambulantes de los sectores informales no reconocidos aún, ni amparados por la ley, ya que las leyes existentes sobre seguridad y salud en el trabajo son solo para el sector formal (Flores, 2013). En concreto, se propuso realizar estrategias andragógicas³, a través de cartillas informativas sobre la importancia de los buenos hábitos de seguridad e higiene en los puestos de trabajo de los vendedores ambulantes.

Al sector de los vendedores ambulantes ubicados en la plaza de Cayzedo se les denomina su actividad comercial como ambulante; pueden ser estacionarios o semiestacionarios. Ellos van de un sitio a otro ofreciendo su mercancía sin tener que pagar arriendo, servicios, impuestos etc. Desde la fundación de la ciudad, esta Plaza ha sido el epicentro de la vida pública, comercial y política. Durante la época de la colonia se le llamo Plaza Mayor y constituyó el centro de reunión de la aldea colonial; posteriormente fue llamada Plaza de la Constitución, hasta 1913 cuando se le cambia el nombre a Plaza de Cayzedo; ha sido insignia por ser el primer punto de encuentro comercial de la ciudad. La plaza de mercado pública, libre de arriendos e impuestos comerciales por el uso del espacio, aún conserva mucho de otrora, hasta el punto de preservar tanto el aspecto físico como las actividades. Paradójicamente la comunidad caleña, turistas y extranjeros la reconozcan y exaltan por las ventas ambulantes presentes desde 1993.

Marco teórico

Las ventas están relacionadas con las actividades que se derivan de la comercialización de cualquier tipo de producto y se denominan ambulantes porque van de un sitio a otro, sin tener un punto fijo donde se asienten (Flores, 2013). El sector informal, es el sector mayoritario donde más existen puestos de trabajo en condiciones no recomendables y seguras. A través de los años se ha ido incrementando el número de personas que laboran bajo esta modalidad,

3 Educación para adultos

lo que hace que en estos momentos sea el sector económico con más fuerza laboral, fenómeno ocasionado por la recesión económica que se ha venido presentando a nivel mundial a causa de problemas de índole política, social, demográfica, cultural o de salud pública (Payán, 2010). Promover el empleo y las empresas, garantizar los derechos en el trabajo, extender la protección social y fomentar el diálogo social son los cuatro pilares del Programa de Trabajo Decente de la OIT, que en su política de trabajo decente, se ha empeñado en crear programas que faciliten este proceso entre naciones; uno de ellos es el programa “Empleo para la justicia social y una globalización equitativa” que busca de esta manera promover una perspectiva integrada y congruente en la transición hacia la formalidad (Ginebra, 2012).

Las estrategias educativas pueden ser empleadas para impactar de manera positiva en la integración de los vendedores ambulantes, de tal forma que permitan transmitir conocimientos sobre el autocuidado en su puesto de trabajo. A nivel mundial se han realizado estudios sobre el sector informal, entre ellos se encuentra “Vendedores ambulantes en el país de Ghana”. Las ciudades de Acra y Takoradh hacen parte de Ghana ubicado cerca de la Costa de Marfil y Tago, al oeste del continente africano; la denominan “Costa de Oro”, debido a la gran cantidad de oro que hay por toda la zona. Pertenecen a organizaciones como la ONU (Organización de las Naciones Unidas) y OMC (Organismo Mundial del Comercio). La autora afirma que estos Países tienen un Índice de Desarrollo Humano del 0,573 y un PIB es de 100 mil millones de dólares. Además, destaca que gran número de mujeres ocupan cargos importantes. Son países de bajos ingresos según el Banco Mundial, pues en el año de 2009 tenía 23 millones de habitantes. Los niveles de empleo formal son muy bajos. Del 91,3% del empleo total el 8,7% corresponde al empleo formal, el restante es decir el 82,6% corresponde al empleo informal que incluye el trabajo agrícola. Cataloga el trabajo informal no solo como flexible, sino como precario e inseguro, así como peligroso y que se desarrolla dentro de un marco de insalubridad e inseguridad para la salud física e integral del individuo. Alferts (2009), argumenta que los vendedores ambulantes no se encuentran protegidos por la ley, ni por las instituciones de salud y seguridad ocupacional (SSO). Las mujeres ocupan un gran porcentaje de la fuerza laboral con el 35,9% frente a los hombres que son el 15,8%. Lo concluyente es que en Ghana la mayoría de los vendedores ambulantes está representada por el género femenino. Ghana posee un alto índice de informalidad pues supera el porcentaje de los trabajadores formales activos; antes del año 2008 el gobierno no los tenía en cuenta en el momento de diseñar el Sistema Nacional de Protección Social de Seguridad Nacional (Alferts, 2009).

En Gahna la encuesta de hogares sobre lesiones ocupacionales se le realizó a 21105 individuos tanto en el área urbana como rural (Mock C, 2005). Esto demostró que las lesiones producidas por los riesgos ocupacionales tenían una mayor incidencia de fatalidad que las lesiones producidas por los no-ocupacionales y también conllevaban un período mucho más prolongado de incapacidad y tiempo sin ejecutar una actividad laboral. Más aún, el promedio de gastos para el tratamiento de lesiones ocupacionales fue de US \$35 en áreas urbanas y de US \$14 en áreas rurales, lo cual es elevado considerando que un ghanés promedio gana menos de (US \$0,8) por día.

En la región de Volta se sugirió que un número significativo de mujeres sufren de problemas de salud psicosociales, los cuales fueron descritos por los participantes del estudio como “pensar demasiado” o “preocuparse demasiado”. La fuente de mucha de esta preocupación parece ser los roles de trabajo de las mujeres. Se descubrió que las pesadas cargas de trabajo e inseguridad financiera contribuyen a la ansiedad de las mujeres, la cual a su vez fue vinculada al cansancio, falta de sueño, dolores y molestias corporales que muchas de ellas experimentaron como dificultades crónicas de salud (Avotri, 1999).

En Acra, el estudio *Salud de Mujeres* confirmó, que el “dolor” era prevalente entre las mujeres que se presentaban por consulta ambulatoria en los hospitales. Varios tipos de dolores frecuentemente informados incluyeron: dolor en las articulaciones, dolor crónico de espalda, dolores musculares, y articulaciones rígidas. Los autores atribuyen la alta incidencia de dolor a la pesada carga de trabajo, sugiriendo una vez más que los factores ocupacionales juegan un papel significativo en la mala salud de las mujeres (Hill, 2007).

A partir de los resultados de los anteriores estudios mencionados, se han realizado ejercicios tales como mesas de trabajo para documentar a los comerciantes con información necesaria sobre leyes, estatutos y políticas, así como estrategias de emprendimiento, negociación y defensoría, necesarias para hacer una campaña más efectiva a favor de mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

En Colombia de igual manera se han realizado estudios relacionados con el sector informal. Entre los que se encuentra *Autorreportes de las condiciones de salud de los vendedores ambulantes de la zona centro de Ibagué*, en el que participaron 116 personas dedicadas a las ventas ambulantes en el centro de la ciudad de Ibagué. Se encontró que las personas que pertenecen al gremio de los vendedores ambulantes se ven expuestas a múltiples riesgos en la calle y son víctimas de abusos por parte de las autoridades militares

y civiles e incluso de la gente del común, pues son discriminados y no los ven como personas que buscan a través de la ejecución de esta actividad una manera honesta de trabajar y de sostener económicamente a sus familias. Estos abusos hacen que el vendedor ambulante se sienta excluido por el gobierno y la sociedad, lo cual hace que adopte diferentes tipos de comportamientos y oportunidades en la delincuencia y vinculación a grupos al margen de la Ley. Al analizar los aspectos socioeconómicos los resultados muestran que el 100% de los trabajadores hacen un aporte mayoritario a las obligaciones familiares, es decir, las ventas ambulantes se han convertido en una economía de subsistencia familiar, pues todos ganan y aportan, aunque el esfuerzo no sea valorado como un gran costo de producción (García León, 2006). Otro estudio que refleja la gran importancia de generar mecanismos de intervención en la población informal es el de *Condiciones de trabajo y salud de vendedores informales estacionarios del mercado de Bazurto*, en Cartagena, en el que participaron 583 vendedores con edad promedio de 39 años (I.C. 95% 38–40). El 87,8 % (512) de los participantes están expuestos a ruido constante, un 84,9 % (495) de los lugares de trabajo presentan altas temperaturas, 74,1 % (432) están expuestos a material particulado en suspensión; 69,8 % (407) no utiliza elementos de protección personal y en promedio los vendedores laboran 10 horas diarias. Un 71 % (414) manifestó cansancio físico, 72,4 % (422) dolor de cabeza, 63,7 % (371) dolor de espalda y el 62,7 % (365) dolor en las piernas (Gómez, 2012).

El estudio sobre los *Riesgos laborales en trabajadores del sector informal del Cauca*, anota que más del 20% de los taxistas y lecheros están expuestos a riesgos de seguridad, mientras que aproximadamente uno de cada cuatro vendedores ambulantes, carretilleros y vendedores de alimentos, está expuesto a riesgos ambientales. El grupo de mayor exposición a los riesgos sanitarios y a carga física son los carretilleros; más del 50% de estos, así como de vendedores de minutos y de vendedores ambulantes están expuestos a riesgos locativos. Además, aproximadamente uno de cada cuatro vendedores ambulantes y vendedores de alimentos está expuesto a riesgos de orden público (Muñoz A, 2014).

En la ciudad de Santiago de Cali, en el año 2013 se realizó un estudio sobre el *Fortalecimiento del autocuidado de la población laboral vulnerable, trabajadores informales y vendedores ambulantes de los municipios de Cali, Candelaria y Florida del departamento del valle del cauca* (Intenalco, 2013); encontrándose que el trabajo informal es un fenómeno que tiene presencia

en todo el país; la informalidad está asociada a las situaciones sociopolítica y económica, un alto porcentaje de trabajadores informales está integrado por migrantes recientes que poseen bajos niveles educativos y de formación, lo que conlleva a relacionar la informalidad con la pobreza y con el conflicto armado interno del país, que afectan con particular intensidad a determinados sectores de la población (Intenalco, 2013). El mismo estudio, refiere que conforme a las estadísticas del DANE en el trimestre de diciembre de 2012 a febrero 2013 el desempleo es mayor en mujeres, con 19.9% y afro-descendientes con igual porcentaje (19.9%). Igualmente Cali muestra una tasa de informalidad laboral de 55.2%, siendo más frecuente en las mujeres con un 59.1% y afro-descendientes (69.7%).

La población objeto de estudio, manifiesta tener una percepción buena de su salud, pero realmente se carece de elementos evaluativos para diagnosticar el estado real de salud ya que al desarrollar los ejercicios de observación se reitera que las condiciones laborales no son las adecuadas, pues están altamente expuestos a riesgos y factores debido a las extensas horas de trabajo. Se muestra que dentro de los factores a los que se encuentran expuestos están: el ruido, la ventilación, los cambios de temperatura, el riesgo biológico por bacterias y parásitos a raíz de la manipulación de alimentos; riesgo biomecánico por malas posturas, sobre esfuerzo, levantamiento de objetos pesados, entre otros, lo que hace muy difícil que conserven una buena salud. A nivel del riesgo ambiental, este afecta aquellos trabajadores concentrados en lugares específicos como las galerías, el centro de la ciudad y otros lugares donde la contaminación ambiental es alta y verídica debido a la falta de formación sobre las maneras de reciclaje, el desaseo y la falta de servicios públicos e infraestructura adecuada (Intenalco, 2013).

Es así, como en Colombia se ve la necesidad de crear mecanismos de intervención que beneficien la población que ejerce las ventas informales. En la actualidad, a través del Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021, se incluyen políticas públicas para formular planes y programas que acerquen a los trabajadores informales al Sistema General de Riesgos Laborales y a temas de inclusión laboral.

De otro modo, el común denominador de los estudios aquí relacionados, está dado por los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los vendedores ambulantes. Conforme a la “Guía Técnica para el análisis de exposición a factores de riesgo ocupacional” definida por el Ministerio de la Protección Social en el año 2011, estos se definen como aquellas condiciones del ambiente, instrumentos, materiales, la tarea o la organización

del trabajo que potencialmente pueden afectar la salud de los trabajadores o generar un efecto negativo en la empresa (MINPS, 2011), y se clasifican de la siguiente manera: factor de riesgo físico, factor de riesgo químico, factor de riesgo biológico, factor de riesgo de carga física y psicosocial, factor de riesgo de inseguridad, factor de riesgo del medio ambiente físico y social y factor de riesgo de saneamiento ambiental. Cabe destacar que esta definición y clasificación está dada para las actividades económicas formales, pero el sector informal también está expuesto a estos factores de riesgos y aún más, pues los vendedores ambulantes no cuentan con ningún tipo de aseguramiento que pueda mitigar estos riesgos.

Con base en lo anterior lo que se ha pretendido con el presente estudio es exponer las necesidades que existen en la población objeto de estudio, y como proponer mecanismos o estrategias que les permitan tomar acciones de autocuidado en sus lugares de trabajo para así aprender a reconocer los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos.

Método

Se realizó un estudio descriptivo. La población fue conformada por 74 vendedores ambulantes de la Plaza de Cayzedo de la ciudad de Santiago de Cali. Cada vendedor fue abordado con previo consentimiento en su lugar de trabajo; posterior a la explicación de los propósitos del estudio se aplicó una encuesta estructurada por 26 preguntas distribuidas en cinco componentes: Datos Socio-Demográficos, Experiencia laboral, Actividad económica, Seguridad social y Condiciones de salud y medio ambiente de trabajo. Las preguntas bases fueron tomadas como referencia del autoreporte de condiciones de salud y trabajo del sector informal del Ministerio de la Protección Social (MINPS, 2007).

El tipo de análisis que se utilizó en el estudio fue: univariado, bivariado y multivariado. Para lo cual se tuvieron en cuenta todas las normas éticas para llevar a cabo una investigación sin riesgo; de igual modo para la ejecución de este proceso se contó con el aval del Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali.

Resultados

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas arrojadas se halló que el 55% de la población vendedora pertenece al género masculino frente al 45% del femenino. La edad destacada por parte de la muestra corresponde a personas entre los 28 y los 57 años, es decir el 69% de los encuestados, seguida por los que se encuentran entre los 18 a 27 años de edad, que corresponden al 12%. Mientras que la población que supera los 68 años corresponde tan sólo al 8% de la muestra y donde sólo una de las personas que se dedica a las ventas ambulantes supera los 77 años de edad. En el componente de *estudios alcanzados*, el 41% de los encuestados seleccionó primaria,; de estos el 18% la terminó de manera satisfactoria. El 50% de los vendedores cursaron bachillerato, donde solo el 18% completó este nivel y el 32% no lo hizo. Finalmente, se observa que el 7% de los encuestados no ha tenido ningún tipo de formación académica.

A nivel de experiencia laboral se pudo observar que el 33,8% de los encuestados se encuentra en los primeros cinco años de trabajo, el resto de la población se encuentra distribuida de la siguiente manera: el 22% de los encuestados ha laborado como vendedor ambulante entre 5 y 10 años, el 12,2% corresponde los que están entre 11 y 16 años trabajando en esta labor. El 16,2% lo han hecho por más de 17 años y menos de 22. Las personas que han trabajado por más de 23 y menos de 34 años como vendedores ambulantes, son el 9,5%. Finalmente, el 7% de la población, ha trabajado por más de 34 años. El 86% de los vendedores reportaron que son dueños de la mercancía que venden, y el 14% restante, es decir 10 de ellos, trabajan para alguien más. En cuanto a la *actividad económica* se les pregunto qué tipo de venta realizan: ambulante, estacionaria o semiestacionaria; se obtuvo que el 49% de los encuestados realiza un tipo de venta estacionaria; son quienes se ubican en un espacio público de manera permanente. El 3% de los vendedores lo hace de manera semi-estacionaria. Finalmente el 48% de los 74 encuestados considera que vende sus productos de forma ambulante.

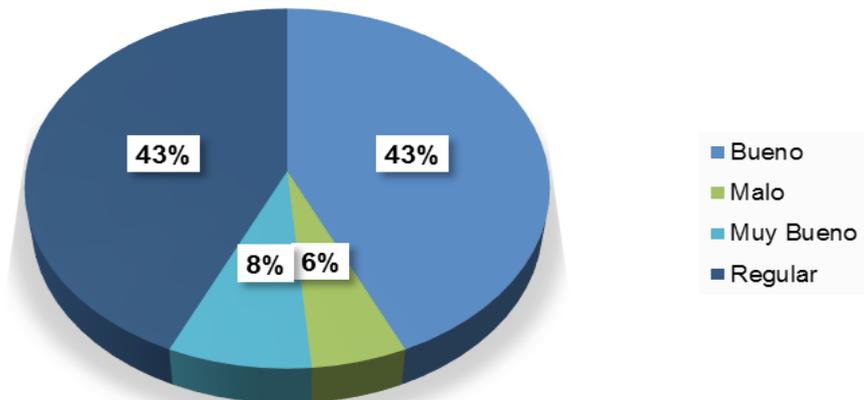
En la dimensión *afiliación a seguridad social*, el 92% de los vendedores no se encuentra afiliado al fondo de pensiones, solo un 7% cotiza y el 1% de los encuestados no supo que responder. Con relación a la *afiliación a riesgos laborales*, el 99% de la muestra no se encuentra vinculado a ninguna ARL.

Para el componente de *factores de riesgos* a los cuales están expuestos los vendedores ambulantes fueron se encontró lo siguiente. *Factores de riesgo físico*: el 54% de la población se encuentra afectada por el ruido, seguida

por las altas temperaturas con un 31%, así mismo un 7% de la población adujo no sentirse expuesto a este tipo de factor, y el 5% expresó estar expuesto al polvo. La basura y sus olores, también fueon considerados como un problema del lugar de trabajo que puede afectar la salud según el 1% de los vendedores ambulantes. *Factor de riesgo psicosocial*: el 38% de los vendedores atribuyen que el riesgo psicosocial es causado por el “Lobo” –entre ellos lo denominan de esta manera–, que es la camioneta de la policia que se lleva las mercancías de los vendedores con el fin de controlar el espacio público. Otra variable encontrada en este riesgo es la de las malas relaciones interpersonales con otros vendedores de la plaza de Cayzedo. Otro es el *factor de riesgo biomecánico* que se referiere a las posturas obligadas en el desarrollo de las ventas ambulantes; ya sea por estar mucho tiempo en una misma postura (de pie, sentado, agachado), levantamiento de carga o movimientos repetitivos; el 46% de la muestra realizan su actividad de forma agachada y refieren que la salud se ve afectada por este factor.

En la dimensión de *condiciones de salud*, se preguntó sobre su salud en los últimos 6 meses. En el Gráfico 1 se observa que la percepción de salud en los vendedores está dividida, el 43% considera que se ha sentido muy bien, mientras que el otro 43% de las personas piensa que su salud ha estado en estado regular. El 8% de los 74 encuestados se ha sentido muy bien, y el 6% restante considera que su estado de salud en los últimos 6 meses ha sido malo.

Gráfico 1. En los últimos 6 meses cómo considera que ha sido su salud.



Fuente: elaboración propia (2016).

En el último mes la gran mayoría de los participantes no ha tenido días que no haya laborado a causa de un problema de salud; el 68% de los encuestados ha podido realizar sus ventas sin que un problema de salud se lo impida, como se observa en la Tabla 3. También se observa que hay personas que al parecer han estado muy enfermas en el último mes, ya que han faltado de 20 días, que corresponde al mismo 6% que respondió a la pregunta condiciones malas de salud en los últimos 6 meses. Asimismo, se ve que hay personas que han faltado de 10 a 15 días, que representa el 7% de la muestra a la cual se le aplicó la encuesta.

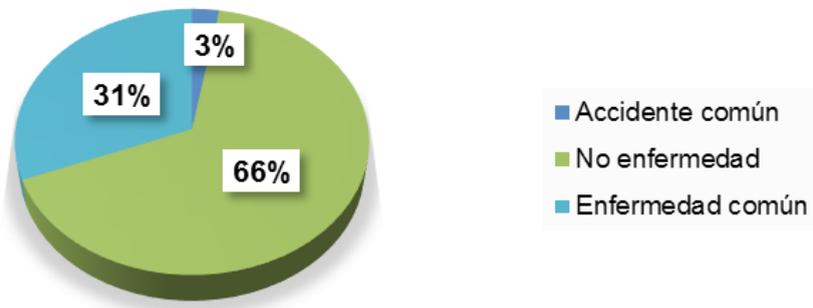
Tabla 3. ¿Durante el último mes cuántos días le impidió un problema de salud realizar la actividad laboral?

Días	%
0	69%
1	1%
2	4%
3	4%
4	1%
6	3%
8	5%
10	3%
15	4%
20	1%
30	4%
120	1%
TOTAL	100%

Fuente: elaboración propia (2017).

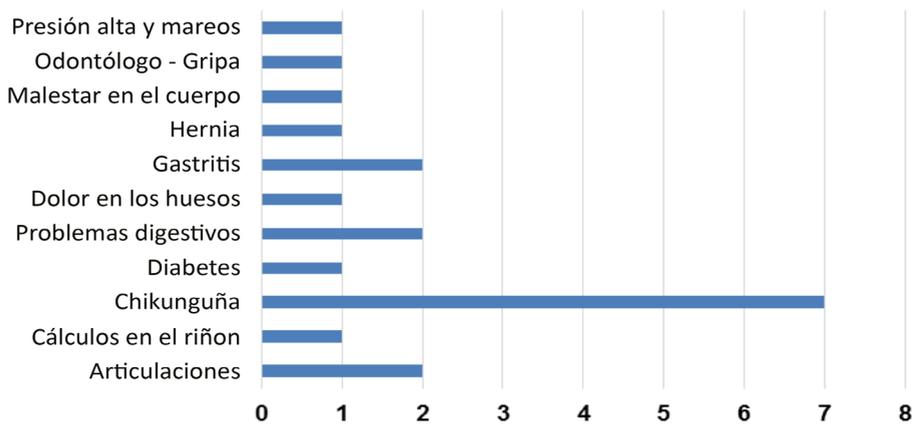
A la variable *problema de salud que le impidió al trabajador desarrollar su actividad laboral*, según el Gráfico 2, el 64% corresponde a las personas que no tuvieron problemas de salud en el último mes. El resto de la muestra dijo que sus problemas de salud eran: enfermedad común y por accidente común, 30% y 3% de la muestra respectivamente. De las personas que dijeron que era causa de enfermedad común, como se observa en el Gráfico 3, refieren que padecieron de Chicunguña, gastritis y problemas digestivos.

Gráfico 2. ¿Cuál fue el problema de salud que impidió realizar su actividad laboral?



Fuente: elaboración propia (2016).

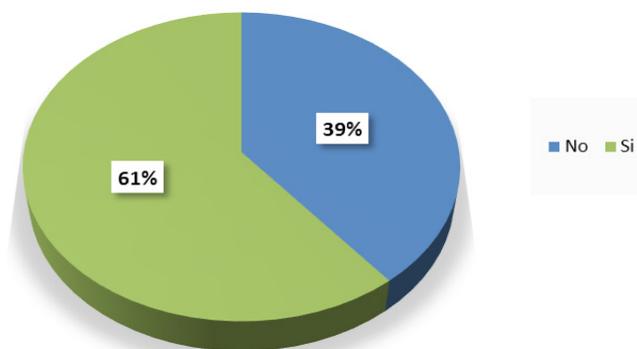
Gráfico 3. Tipo de enfermedad común.



Fuente: elaboración propia (2016).

Seguido del tipo de problema de salud que impidió el desarrollo de la actividad comercial, se le preguntó al vendedor ¿En los últimos 6 meses sufrió una lesión por enfermedad o accidente relacionado con el trabajo? Las respuestas se ven representadas en el Gráfico 4, donde el 61% de los encuestados respondió afirmativamente, que sí sufrieron una lesión en los últimos seis meses.

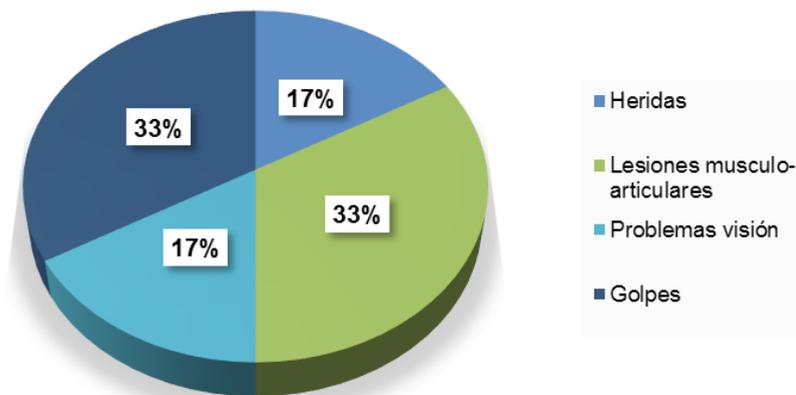
Gráfico 4. ¿En los últimos 6 meses sufrió una lesión por enfermedad o accidente relacionado con el trabajo?



Fuente: elaboración propia (2016).

Los vendedores ambulantes que respondieron afirmativamente si presentaron alguna lesión, el 17% fue problemas de visión y heridas. Por golpes y lesiones musculo-articulares el 33%, tal como se ilustra en el Gráfico 5.

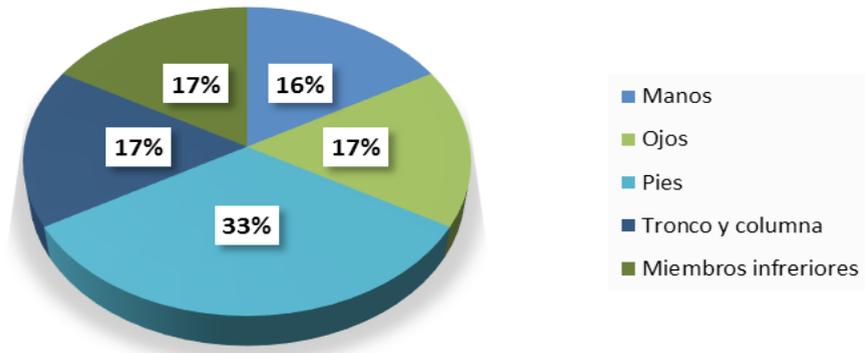
Gráfico 5. Si el problema de salud fue un trauma ¿Cuál fue el factor de la lesión?



Fuente: elaboración propia (2016).

Las lesiones que sufrieron los vendedores, afectaron sus pies en un 33%, los otros vieron que se afectaron sus ojos, manos, tronco y columna. Sus miembros inferiores, en un 17%, según Gráfico 6.

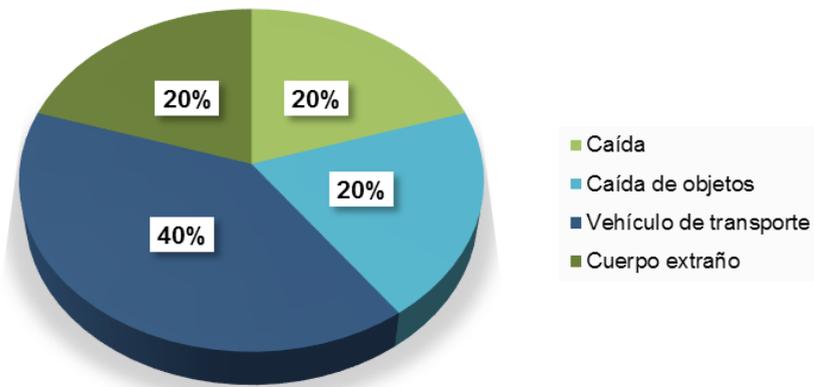
Gráfico 6. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por la lesión?



Fuente: elaboración propia (2016).

Para terminar con las personas que sufrieron lesión en los últimos seis meses, relacionadas con el trabajo y que consideran fue un trauma, respondieron que la causa fue: para el 40% por un vehículo de transporte, y en un 20% por caída; caída de objetos y por un cuerpo extraño, 20% cada una, tal como se ilustra en el Gráfico 7.

Gráfico 7. ¿Cuál fue la causa de la lesión?



Fuente: Elaboración propia (2016).

Discusión

En las tablas 4 y 5 se relaciona la discusión desde la perspectiva internacional, nacional y local de la investigación.

Tabla 4. Discusión desde la perspectiva internacional sobre los vendedores ambulantes.

<p>DOCUMENTO OIT</p> <p><i>El Entorno Normativo y la Economía Informal</i></p>	<p>ESTUDIO DE GHANA</p> <p><i>Salud y Seguridad Ocupacional para los comerciantes feriantes ambulantes en Acra y Akoradí. Ghana. África (Alfers, 2009)</i></p>	<p>ESTUDIO VENDEDORES AMBULANTES PLAZA DE CAYZEDO. MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI</p> <p><i>Condiciones de trabajo y salud de los vendedores ambulantes de la plaza de Cayzedo de Cali</i></p>
<p>*Según este documento técnico de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), los vendedores ambulantes siempre han existido y seguirán existiendo, debido a diferentes variables de tipo económico, social y político que poseen los países.</p>	<p>*Según la investigación realizada sobre este grupo de trabajadores, se pudo demostrar que poseen un alto índice de riesgo laboral, lo que les puede llegar a originar problemas a nivel de salud y seguridad en sus puestos de trabajo.</p>	<p>*Existe un gran número de vendedores ambulantes a nivel nacional, las cifras lo indican. 13.000.000 millones de personas son informales de 23.000.000 que es el total de la población ocupada trabajadora; ellos laboran bajo grandes riesgos perjudiciales para su seguridad y salud.</p>
<p>*Son un sector que siempre ha sido visible, pero a la vez reprimido por los gobiernos y la sociedad, lo que permite decir, que es un gremio excluido, el cual se tiene muy poco en cuenta a nivel de programas de apoyo, formación y marco jurídico.</p>	<p>*Recomienda y enfatiza (Alfers, 2009) la importancia que el gobierno de Ghana debe tener sobre el sector informal; sugiere la inclusión social a partir de la creación de normas, decretos y leyes, debido a que el marco legal que los ampara hace referencia al sector de la población trabajadora formal.</p>	<p>* Es un sector que ha ido en aumento en los últimos años con tendencia al crecimiento, lo que lo hace ser influyente a nivel laboral, es decir posee gran fuerza laboral dentro de la población trabajadora activa.</p>
<p>*A nivel normativo lo que propone la OIT (Organización Internacional del Trabajo) desde su documento, es crear leyes claras y definidas, donde no exista la exclusión sino la inclusión de este gremio de trabajadores, para tener un mejor control y seguimiento no solo para ellos sino para los entes de control físico y judicial que en muchos casos abusan de esta población.</p>	<p>*El régimen legal que posee Ghana referente a los comerciantes y feriantes ambulantes no es el adecuado, debido a la falta de compromiso de los organismos y actores estatales en la vigilancia y control de las condiciones sanitarias y de seguridad en los puestos y lugares de trabajo.</p>	<p>*Se evidencia la exclusión de los actores gubernamentales locales y de la sociedad hacia este gremio de trabajadores; los tildan de delincuentes y generadores del detrimento arquitectónico de la Plaza de Cayzedo. Son objeto de continuo acoso y abuso de autoridad por parte de funcionarios municipales de control del espacio público.</p>

<p>DOCUMENTO OIT</p> <p><i>El Entorno Normativo y la Economía Informal</i></p>	<p>ESTUDIO DE GHANA</p> <p><i>Salud y Seguridad Ocupacional para los comerciantes feriantes ambulantes en Acra y Akoradí. Ghana. África (Alfers, 2009)</i></p>	<p>ESTUDIO VENDEDORES AMBULANTES PLAZA DE CAYZEDO. MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI</p> <p><i>Condiciones de trabajo y salud de los vendedores ambulantes de la plaza de Cayzedo de Cali</i></p>
<p>*Proponen la creación de estrategias comunicativas entre el gobierno y los vendedores ambulantes para escuchar sus necesidades y desde allí crear planes educativos y de formación a partir de variables andragógicas que les permita mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.</p>	<p>*Indica la importancia en la secuencia de estudios investigativos a nivel prospectivo, pues de esta manera se detectan nuevos riesgos laborales y de salud a los que puedan llegar a estar expuestos o en su defecto el seguimiento sobre los que detectaron en estudios retrospectivos. De igual manera hace referencia a la importancia de realizar estudios cualitativos y cuantitativos, ya que a partir de los análisis de los resultados se pueden proponer líneas de investigación educativas y de inclusión social.</p>	<p>*Laboran en precarias condiciones de seguridad, salud e higiene y se encuentran expuestos a numerosos riesgos, los cuales los hace ser vulnerables de padecer algún tipo de enfermedad o accidente de tipo laboral; esto indica la falta de sensibilización por parte de los actores del gobierno local en sus políticas públicas sobre inclusión de este sector; de igual manera deben tener más apoyo por parte de las instituciones nacionales en recursos económicos para darle continuidad a la formación educativa y social de este gremio de trabajadores en temas relacionados con la seguridad y salud en el trabajo.</p>
<p>*Es necesaria la intervención de los gobiernos locales hacia este sector, con el fin de proponer nuevas alternativas de inclusión social para prevenir el abuso de autoridad por parte de entes gubernamentales, la sociedad y los pequeños empresarios.</p>	<p>*Proponen la creación de estrategias educativas y de diálogo a partir de mesas de trabajo que incluyan la participación activa de los actores del gobierno con el fin de informar a la comunidad ambulante sobre las leyes que los rigen, sus derechos, deberes y la importancia del autocuidado en sus puestos de trabajo; de esta manera se puede llegar a disminuir problemas sociales, de seguridad y salud en el trabajo.</p>	<p>* Existe una gran problemática a nivel de los proyectos y recursos que el gobierno destina para la formación a través de capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo, pues no tienen secuencia, no continúan la línea correcta del desarrollo de proyectos a nivel de gerencia social lo cual hace que la información transmitida se olvide rápidamente por quienes son una fuerza laboral en Colombia, los trabajadores informales.</p>

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 5. Discusión desde la perspectiva nacional y local sobre los vendedores ambulantes.

<p>ESTUDIO UNIVERSIDAD DEL TOLIMA</p> <p><i>Las condiciones de salud de los vendedores ambulantes de la Zona centro de la Ciudad de Ibagué- Tolima</i></p> <p>García León, Y. y Mahecha Aponte, J. C. (2006)</p>	<p>ESTUDIO MINISTERIO DEL TRABAJO E INTENALCO</p> <p><i>Fortalecimiento del autocuidado de la población laboral vulnerable, trabajadores informales y vendedores ambulantes de los municipios de Cali, Candelaria y Florida del departamento del Valle del Cauca. 2013.</i></p>	<p>ESTUDIO VENDEDORES AMBULANTES PLAZA DE CAYZEDO. MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI</p> <p><i>Condiciones de trabajo y salud de los vendedores ambulantes de la plaza de Cayzedo de Cali</i></p>
<p>*Existe igualdad de género entre los vendedores ambulantes, decretando a futuro el aumento de mujeres vendedoras informales, debido a que se considera que la mujer tiene más oportunidades a nivel laboral hoy en día que el hombre.</p>	<p>*A nivel del sector informal, es la mujer quien marca la fuerza laboral dentro de este grupo de trabajadores, más aún las mujeres Afro son quienes dominan esta fuerza laboral.</p>	<p>*A nivel del estudio estadístico realizado con los vendedores ambulantes de la Plaza de Cayzedo del municipio de Santiago de Cali, son los hombres quienes puntúan la tendencia con un porcentaje del 55% frente a las mujeres que son el 45%.</p>
<p>*Se encuentran expuestos a varios tipos de riesgos en sus lugares de trabajo, debido a que laboran en la calle y a la intemperie.</p>	<p>*La informalidad es el reflejo de un país cuya economía y otras variables de tipo demográfico, social y político influyen de manera negativa, obstaculizando el desarrollo del mismo y generando grandes problemas a nivel laboral, lo que permite que la informalidad se acentúe cada vez más en la población trabajadora activa y que las condiciones de seguridad y salud sean precarias en los puestos de trabajo.</p>	<p>*Según el análisis cualitativo y estadístico que se realizó con los vendedores ambulantes de la Plaza de Cayzedo, los riesgos a los que más se encuentran expuestos son: Riesgo Biológico, Riesgo Físico, Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo de Tránsito, los que conllevan en forma continua a estar frente al riesgo de padecer enfermedades de origen laboral o accidentes de trabajo teniendo en cuenta que laboran largas jornadas totalmente a la intemperie y bajo condiciones de seguridad y salud precarias.</p>
<p>*Poseen un alto número de problemas de tipo social, debido al continuo hostigamiento y abuso de autoridad por parte de los entes gubernamentales, policía y ejército.</p>	<p>*El analfabetismo y la deserción escolar a temprana edad, son factores de índole educativa que hacen que las personas NO tengan oportunidades de empleos formales estables y con las respectivas condiciones y beneficios laborales de Ley. Lo que genera el aumento en la población informal y de igual manera, conflictos sociales con los actores gubernamentales y entes de control.</p>	<p>*Los niveles de escolaridad son bajos, leen y escriben, pero la mayoría no culminaron sus estudios de primaria o bachillerato, lo que no les permite progresar a nivel laboral repercutiendo de manera negativa en la economía familiar y sus proyectos de vida.</p>

<p>ESTUDIO UNIVERSIDAD DEL TOLIMA</p> <p><i>Las condiciones de salud de los vendedores ambulantes de la Zona centro de la Ciudad de Ibagué- Tolima</i></p> <p>García León, Y. y Mahecha Aponte, J. C. (2006)</p>	<p>ESTUDIO MINISTERIO DEL TRABAJO E INTENALCO</p> <p><i>Fortalecimiento del autocuidado de la población laboral vulnerable, trabajadores informales y vendedores ambulantes de los municipios de Cali, Candelaria y Florida del departamento del Valle del Cauca. 2013.</i></p>	<p>ESTUDIO VENDEDORES AMBULANTES PLAZA DE CAYZEDO. MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI</p> <p><i>Condiciones de trabajo y salud de los vendedores ambulantes de la plaza de Cayzedo de Cali</i></p>
<p>*Los vendedores ambulantes hacen parte del gremio cuya fuerza laboral es quien marca la tendencia hoy en día y que a nivel de estudios prospectivos irá cada vez más en aumento debido a la crisis económica del país, así como de la ciudad, pues Ibagué es una de las ciudades colombianas con más alto índice de desempleo debido a la baja inversión de capital por parte de la empresa privada. Así mismo por el desplazamiento forzoso de campesinos provenientes de municipios del Tolima y Cundinamarca.</p>	<p>* El sector informal no es propio de una etnia en particular, hace parte de este gremio todo tipo de raza y género, que buscan a través de la informalidad el sustento económico personal y familiar. Es un gremio que ha sido bastante golpeado por conflictos de orden sociopolítico, teniendo en muchas ocasiones que haber desertado se sus ciudades, pueblos y corregimientos natales e inmigrar a las grandes capitales en búsqueda de nuevos proyectos de vida y oportunidades laborales.</p>	<p>* Esta población posee un elevado riesgo de tipo psicosocial hoy en día ocasionado por el abuso de autoridad por parte del ente regulador del espacio público, lo cual les genera un alto estrés, laboral y de convivencia, pues en muchas ocasiones se han visto en la obligación de desertar de la Plaza de Cayzedo hacia otros lugares de la ciudad en búsqueda de nuevas oportunidades laborales desde la informalidad; también la emigración a otros municipios o ciudades donde puedan trabajar sin tanta persecución laboral.</p>
<p>*Aducen que el fenómeno de la economía informal está lejos de ser abolido, teniendo en cuenta que la informalidad constituye una variable laboral característica de las sociedades capitalistas. De igual manera en la medida en que crece la economía nacional, aumenta la crisis laboral, pues las desigualdades sociales y económicas hacen que no haya, de manera equitativa, las mismas oportunidades para la población trabajadora activa.</p>	<p>*Se cree y se tiene la firme convicción de que la informalidad nunca se acabará mientras existan problemas de políticas públicas de índole económico, político, social, cultural y del post-conflicto, lo cual hace que el denominado “rebusque” sea la opción de subsistir en un país fuertemente golpeado por la violencia, la corrupción y los altos índices de inflación en la economía.</p>	<p>* Cali es una de las principales ciudades del país fuertemente golpeada por la inflación y los altos costos en la canasta familiar, de igual manera posee un alto porcentaje de informalidad, el cual corresponde al 55.2%, reflejando esto la falta de oportunidades laborales estables en el ámbito de la formalidad, los continuos problemas de políticas públicas que afronta la ciudad, el alto nivel de corrupción en muchas esferas gubernamentales y la migración masiva de desplazados víctimas de los conflictos sociopolíticos que vive el país.</p>

Fuente: elaboración propia (2017)

Conclusiones

La población dedicada a las ventas ambulantes de la Plaza de Cayzedo posee poco conocimiento sobre seguridad y salud en el trabajo, así como la ley 1072 de mayo 26 de 2015 que trata sobre el Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Argumentan que pese a las malas condiciones que les ofrece el lugar donde llevan a cabo su actividad laboral, se ven en la obligación de ejecutarla debido a la falta de oportunidades laborales formales; además de que es la única opción que les ayuda al sustento personal y familiar. Se encuentran expuestos a distintos tipos de riesgo como: biológico, físico, biomecánico, psicosocial, de orden y aseo y de seguridad, los cuales hacen que la integridad física, así como su salud, se vean afectadas por enfermedades de tipo general o en su defecto de llegar a sufrir algún tipo de incidente, accidente o enfermedad de origen laboral.

A pesar de que se encuentran expuestos a todos los riesgos anteriormente mencionados, es el riesgo psicosocial el que más les afecta en el ejercicio diario de su actividad laboral, pues la misma les origina un alto grado de estrés, frustración, depresión y factores emocionales derivados de la convivencia con otros vendedores ambulantes del sector; además del abuso de autoridad por parte de los funcionarios locales encargados de la regulación y vigilancia del espacio público (“El Lobo”).

Por este motivo se observa la necesidad de diseñar políticas públicas por parte del gobierno local que castiga, pero no promueve estrategias de mejoramiento, inclusión laboral, emprendimiento etc., en materia de mitigación de los riesgos a los cuales se ven expuestos en el ejercicio de vendedores ambulantes. Es de resaltar los modelos de los gobiernos de Guayaquil en Ecuador y Puerto Madeiro en Argentina, donde con éxito pudieron reubicar los vendedores ambulantes en quioscos destinados unos a la venta de productos comestibles y otros de artículos secos como le denominan ellos al cacharro, mejorando así la estética, el flujo peatonal, la recuperación de los espacios públicos y el bienestar de los vendedores informales. Este mismo modelo de organización Colombia lo tiene consignado dentro de su plan de trabajo el actual alcalde de Barraquilla Alejandro Char, que busca con la implementación de este lineamiento, el mejoramiento de la estética de la Plaza de San Nicolás ubicada en el Centro Histórico de la ciudad, donde se albergan alrededor de 600 vendedores ambulantes.

Una vez realizado el ejercicio de investigación, desarrollado por las fases de observación directa e interacción con los actores sociales de la Plaza

de Cayzedo, el grupo investigador tomó conciencia de la necesidad de ejecutar distintas actividades andragógicas de tipo formativo a través de herramientas educativas tales como: capacitaciones, charlas y mesas de trabajo. Igualmente el diseño, la presentación y explicación de una cartilla lúdica creada únicamente para ellos, que permita transmitirles la importancia de comprender y educarse en las debidas acciones que deben aplicar a nivel de seguridad y salud en sus puestos de trabajo.

Referencias bibliográficas

- Acevedo J. El rebusque para el pan de cada día. *El Colombiano.com*. [Internet]. 2013 mayo [Citado 2017 junio 19]; Disponible en: http://www.elcolombiano.com/historico/el_rebusque_para_el_pan_de_cada_dia-EBEC_242644
- Alcaldía de Santiago de Cali. Datos Sobre Monumentos en Cali [Internet]. cali.gov.co. Santiago de Cali; [Actualizado 2004 mayo 11; citado 2017 junio 19]. Disponible http://www.cali.gov.co/cultura/publicaciones/826/datos_sobre_monumentos_en_cali/
- Alfers, L. (2009). *Salud y Seguridad ocupacional para comerciantes, feriantes y ambulantes de las ciudades de Acra y Takorad del País de Ghana*. Cambridge: Mujeres en Empleo Informal: Globalizando y Organizando (WIEGO).
- Alli B. (2008). Resumen Ejecutivo - Organización Internacional del Trabajo. Ginebra: Suiza; Departamento de Comunicación y de la Información Pública Oficina Internacional del Trabajo.
- Avotri JY, Walters V. (1999). You just look at our work and see if you have any freedom on earth: Ghanaian women's accounts of their work and their health. *Soc Sci Med*: May;48(9):1123-33. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00422-5.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Unidad de Mercados Laborales y Seguridad Social. Nota Técnica # IDB-TN-525. México; 2013.
- García León Y, Mahecha Aponte, JG. (2006) *Análisis de auto-reportes de las condiciones de salud de los vendedores ambulantes de la zona centro de Ibagué*. Ibagué: Universidad de Tolima.
- Gomez I, Castillo I, Banquez A, Castro A, Lara H. Condiciones de trabajo y salud de vendedores informales estacionarios del mercado de Bazurto, en Cartagena. *Revista salud pública*. 14 (3): 448-459, 2012.

- Hill, A., R. Darko, J. Seffah, R. Adanu, J. Anarfi, y R. Duda (2007) Health of urban Ghanaian women as identified by the Women's Health Study of Accra.
- Ministerio de la Protección Social, Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Informe Final de resultados sobre las condiciones de salud y trabajo. Bogotá, diciembre de 2007.
- Ministerio de la Protección Social. Guía Técnica para el análisis de exposición a factores de riesgo ocupacional para el proceso en la calificación de origen de enfermedad. Colombia, Bogotá, 2011.
- Ministerio de trabajo e Intenalco contrato interadministrativo No. 3018.04.2013.027 de septiembre 02 de 2013. Fortalecimiento del autocuidado de la población laboral vulnerable, trabajadores informales y vendedores ambulantes de los municipios de Cali, Candelaria y Florida del departamento del Valle del Cauca. 2013.
- Ministerio del Trabajo / Organización Iberoamericana de Seguridad Social - OISS. Plan Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021. Bogotá, julio de 2014.
- Mock C, Quansah R, Krishnan R, Arreola-Risa C, Rivara F.(2005). *Fortalecimiento de la prevención y la atención de las lesiones en todo el mundo.*
- Muñoz A, Choís P. Riesgos laborales en trabajadores del sector informal del Cauca, Colombia. *Revista Facultad. Medicina.* 2014 Vol. 62 No. 3: 379-385.
- Organización Internacional del trabajo OIT (2012). Empleo para la Justicia Social y una Globalización Equitativa - Programas de la OIT. Economía informal. Ginebra; Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud de los trabajadores. Nota descriptiva N°389 Abril de 2014 [Actualizado 2017 Junio 19; Citado 2015 Mayo 30]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>
- Payán X. El rebusque, un mal que parece no tener cura en la ciudad. *El País.com.co.* [Internet]. 2010 noviembre [Citado 2017 junio 19]; Disponible en: <http://www.elpais.com.co/economia/el-rebusque-un-mal-que-parece-no-tener-cura-en-la-ciudad.html>
- Pérez S; Martínez R. (2009). Modelo Andragógico - *Fundamentos*. Primera edición. Mexico D. F: Universidad del Valle de México
- Redacción El Tiempo. El rebusque una forma de empleo. *El Tiempo.com.* [Internet]. 1998 agosto [Citado 2017 junio 19]; Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-814339>

Caracterización sociodemográfica y clínica y cuidados de enfermería de pacientes con chikungunya

Sociodemographic and clinical characterization and nursing care of patients with chikungunya

Edelmira Muñoz

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-0245-1262>

Dolly Villegas Arenas

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

Bertha Cecilia Quiñones Castillo

Fundazione Ospedaliera per Disabili. Sospiro, Italia

© <https://orcid.org/0000-0003-4105-3371>

Carlos Armando Echandía Álvarez

Universidad del Valle. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-5925-8351>

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo determinar las características sociodemográficas, clínicas y los cuidados de enfermería recibidos en pacientes con chikungunya, mediante una revisión documental. Se encontró que esta enfermedad se presenta en todas las edades y afecta principalmente a poblaciones de estratos socioeconómicos bajos. Los síntomas más frecuentes son fiebre alta, erupción cutánea, inflamación de articulaciones pequeñas e imposibilidad para la marcha. Las autoras crearon un plan de cuidados de

Cita este capítulo

Muñoz, E.; Quiñones, B. C.; Villegas Arenas, D. & Echandía, C. A. (2020). Caracterización sociodemográfica y clínica y cuidados de enfermería de pacientes con chikungunya. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 57-68). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

enfermería para estos pacientes, los cuales son: el manejo de la fiebre (toma de temperatura cada 4 horas, realizar medios físicos y administrar acetaminofén), del prurito en la piel (antihistamínico e hidratación de la piel), de la inflamación y dolor articular (antiinflamatorios no esteroideos, compañía durante la marcha, calor local e incentivar movimientos pasivos) y control estricto de líquidos, valorar estado de hidratación y la administración de líquidos endovenosos según grado de deshidratación.

Palabras clave: virus chikungunya, cuidados de enfermería, manejo del dolor, calidad de vida, inflamación, dengue.

Abstract

The objective of this research was to determine the sociodemographic, clinical and nursing characteristics received in patients with Chikungunya, through a documentary review. It was found that this disease occurs in all ages and mainly affects populations of low socioeconomic strata. The most frequent symptoms are high fever, rash, inflammation of small joints and impossibility to walk. The authors created a nursing care plan for these patients, which are: managing fever (taking temperature every 4 hours, performing physical means and administering acetaminophen), pruritus on the skin (antihistamine and skin hydration), Inflammation and joint pain (non-steroidal anti-inflammatory drugs, company during walking, local heat and encourage passive movements) and strict control of liquids, assess hydration status and administration of intravenous fluids according to degree of dehydration.

Keywords: chikungunya virus, nursing care, pain management, quality of life, inflammation, dengue.

Introducción

El chikungunya es una enfermedad viral emergente en las américas (Porta; 2012. Acosta Reyes, 2015). En el año 2014, aparecieron los primeros casos en Colombia, con un aumento marcado en el número de enfermos hasta el 2015 (Acosta Reyes, 2015; Instituto de Salud Pública. Ministerio de Salud, 2014). El Instituto Nacional de Salud, notificó en el segundo semestre del año 2014, 908 casos en 17 municipios, de los cuales 628 fueron confirmados por clínica

y 37 por laboratorio. Además, 658 fueron reportados como autóctonos y solo siete en viajeros portadores. El 2015, mostró un incremento de los casos autóctonos a 356 079 casos confirmados por clínica y 3.202 confirmados por laboratorio (Acosta Reyes, 2015; Instituto Nacional de Salud, 2015).

En estos años, el Ministerio de Protección Social, declaró al Chikungunya como un problema de Salud Pública (Porta, 2012; Ministerio de Salud, 2015). Se presentó una epidemia en dos años, con efectos en la salud de la población al ser una enfermedad incapacitante, no contar con un tratamiento farmacológico antiviral específico y aún sin vacuna (Porta, 2012; Acosta Reyes, 2015; Ministerio de Salud, 2015). Además del manejo sintomático, los cuidados y educación dados por enfermería en la fase inicial y en la rehabilitación, derivan en la mayoría de esta población, complicaciones y secuelas a largo plazo como son la artralgia y artritis. Por estas razones, las autoras de esta investigación decidieron determinar las características sociodemográficas, clínicas y los cuidados de enfermería recibidos en estos pacientes, a través de una monografía de compilación.

El chikungunya es una enfermedad transmitida a los humanos a través de la picadura del zancudo *Aedes aegypti* infectado, el cual participa también en la transmisión del dengue y del zica (Porta, 2012; Ministerio de Salud, 2015). Es endémica en África y Asia, ocasionando brotes epidémicos recurrentes (Porta; 2012; Ministerio de Salud, 2015). La expansión de la enfermedad a través de casos importados ha originado brotes epidémicos autóctonos en regiones del Océano Índico, en América y Europa (Porta, 2012; Ministerio de Salud, 2015). El mosquito *Aedes aegypti* está ampliamente distribuido en los diferentes climas tropicales, subtropicales y templados de Colombia, lo que sumado al desplazamiento de viajeros portadores del virus del Chikungunya desde zonas con transmisión activa, facilitaron la entrada y transmisión secundaria de esta enfermedad en los años comentados, presentándose un gran número de casos, provocando un impacto a nivel económico y social y afectando la calidad de vida de la población.

En este estudio se encontró, que esta enfermedad no tiene distinción de edad ni sexo y la población de estratos socioeconómicos bajos es la más afectada. Esta entidad puede tener dos etapas: en la fase aguda, además de fiebre, erupción cutánea, fuertes dolores articulares e imposibilidad para la marcha, se encontraron otros síntomas, como mialgias, cefalea, náuseas, cansancio y en algunos pacientes irritabilidad, insomnio y tristeza. Hasta un 75% de los pacientes, presenta una fase crónica con agudización de algunos

síntomas como poli artralgia, poli artritis persistente, rigidez matutina, depresión y astenia, que pueden persistir durante meses e incluso años.

De esta manera, el artículo esbozará la metodología para realizar una monografía de compilación, los resultados y discusión de los artículos encontrados, conclusiones y recomendaciones. También un plan de cuidados de enfermería en estos pacientes, creado por las autoras con base en la bibliografía revisada.

Método

Tipo de Estudio: Se realizó una monografía de compilación, en la cual se elige un tema a partir del cual se analiza y redacta una presentación crítica de la bibliografía que hay al respecto. Se presentan los diferentes puntos de vista de manera exhaustiva, para luego poder plasmar la opinión personal, teniendo en cuenta los siguientes pasos:

Selección del Tema: Se seleccionó el tema del *chikungunya*, como parte del interés de las investigadoras en una situación importante para la práctica profesional. Es un área que permite proporcionar elementos para ajustar los protocolos de atención y del acto de cuidado como función principal de enfermería frente a esta entidad. El tema es de utilidad para las instituciones de salud y para la Universidad Santiago de Cali, como una oportunidad de liderar en la región el desarrollo de la investigación en este campo y aportar en la búsqueda de soluciones de problemas de salud pública, ejerciendo su responsabilidad social.

Delimitación del Tema: Se enfocó en las características sociodemográficas, clínicas y los cuidados de enfermería.

Formulación de la Pregunta: Una vez definido y delimitado el tema, se procedió a formular la pregunta de investigación ¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y cuidados de enfermería en pacientes con *chikungunya*?

Formulación de Objetivos: La delimitación del tema, permitió definir los objetivos, tanto el objetivo general como los específicos.

Definición de Criterios de Inclusión y Exclusión:

- Criterios de Inclusión: artículos publicados entre 2012 y 2015, relacionados con las características sociodemográficas, clínicas y los cuidados de enfermería de los pacientes con el *chikungunya*, ya sea que los incluya todos o alguno de estos aspectos de interés.
- Criterios de Exclusión: artículos relacionados con el *chikungunya* en los que no fue posible obtener el documento completo, en los cuales no se encontró fecha real de publicación o no fue posible identificar el autor o los autores.

Búsqueda de material fuente de información: se realizó mediante una búsqueda en fuentes electrónicas como los buscadores de Google académico y en bases de datos de artículos científicos como PubMed. Este proceso de recolección se realizó entre febrero de 2015 y marzo de 2016.

Elaboración del Bosquejo: En esta fase se realizó la consolidación de los artículos objeto de revisión, lo que permitió tener un panorama global del tema de investigación y como herramienta de apoyo se elaboró una matriz de compilación con aspectos de interés.

Redacción y presentación de la monografía: La monografía incorpora la información obtenida de ocho artículos, desde aspectos como la edad, sexo, los tipos de poblaciones afectadas, los signos y síntomas, hasta aspectos que describan los cuidados de enfermería, que se les brindó a los pacientes con *chikungunya*.

Resultados y discusión

Características Sociodemográficas:

Los aspectos sociodemográficos más frecuentes de una población afectada por una enfermedad, son utilizados por los entes territoriales para caracterizar grupos específicos de población y áreas geográficas. También se usan para identificar potencialidades y conocer tendencias o comportamientos de enfermedades específicas y para cuantificar y ubicar necesidades y establecer los programas de acción correspondientes. Ellos hacen parte de la definición de caso sospechoso, caso probable y confirmado de una entidad.

En los artículos revisados, se encontró que todos los grupos de edad y ambos sexos pueden ser afectados (Acosta Reyes, 2015; López, Joutteaux, Vásquez, Litardo y Molina, 2015; Viasus y De la Hoz, 2015). Con respecto al sexo, un

estudio realizado por Evelyn M. López y col., sobre “Dengue y *chikungunya*: Características Clínicas y de Laboratorio en un Área Rural de la Provincia del Guayas (Ecuador, 2015)”; mostró un predominio del sexo femenino 65% (López., Joutteaux, Vásquez, Litardo y Molina, 2015). Contrariamente, el estudio sobre “Caracterización clínica y epidemiológica de *chikungunya* en niños (Honduras, 2015)”, de José R. Valenzuela y col, identificó que el 69% de los pacientes era del género masculino.⁷

En cuanto a la edad de estos pacientes, se reportaron casos desde el mes de vida hasta los 76 años. El estudio realizado por Valenzuela y col (2015). mostró un predominio en los niños entre los 28 días y un año de edad, seguidos de los de edad escolar (6 -12 años) (Valenzuela, Galeas, Erazo y Sánchez, 2015) El estudio del Ecuador, mostró una edad promedio de 28,9 años \pm 15,29 (López, Joutteaux, Vásquez, Litardo y Molina, 2015) y un estudio realizado en la ciudad de Barranquilla – Colombia-, por Kelly Romero A. y col, llamado “¿Afecta el virus del *chikungunya* el estado emocional de los individuos que lo padecen?” (2015), encontró que las edades estaban entre 19 y 76 años (Romero, Rojas, Abad y Gómez, 2015). Se considera que la presentación clínica varía con la edad, siendo los neonatos y los ancianos, más propensos a desarrollar formas más graves (Instituto de Salud Pública. Ministerio de Salud, 2014; Ferreiro-Sarmiento, Lastra-Terán, De la Rosa D y Viasus, 2015).

Los artículos revisados, también reportan que las condiciones sociodemográficas influyen en la ocurrencia de la enfermedad. Las condiciones de pobreza, poca educación y salud, acumulación de basuras, depósitos de aguas limpias y estancadas al interior y en las proximidades de las casas, favorecen el crecimiento y propagación del mosquito *A. Aegypti*. Esto permite el desarrollo no solo del *chikungunya*, sino también de otras infecciones virales como el dengue y el *zica*. En esta situación, los métodos efectivos para su control son, la educación a la comunidad, por medio de campañas publicitarias institucionales, a través de los medios de comunicación, el fortalecimiento de los programas de vigilancia epidemiológica y la entomológica, para controlar el vector transmisor (Porta, 2012; Acosta Reyes, 2015; Viasus y De la Hoz, 2015).

Manifestaciones Clínicas:

El cuadro clínico o manifestaciones clínicas son los signos y síntomas que presentan las personas con una determinada enfermedad. Son fundamentales para realizar el diagnóstico de la entidad, permitiéndole

a los profesionales de salud, médicos y enfermeras, implementar el protocolo de atención específico preestablecido. Las manifestaciones clínicas también hacen parte de la definición de caso sospechoso, caso probable y confirmado de la entidad.

Los artículos revisados, mostraron que esta enfermedad tiene dos etapas clínicas (Acosta Reyes, 2015; López, Joutteaux, Vásquez, Litardo y Molina, 2015; Viasus y De la Hoz, 2015). Una etapa aguda, con un inicio súbito de fiebre de más de 39°C, acompañado de dolor en las articulaciones o artritis severa, incapacidad para caminar, enrojecimiento ocular, erupción cutánea, cefalea, escalofríos, dolor abdominal y malestar general. La investigación de Evelyn M. López y col. en el Ecuador, refiere que los síntomas más frecuentes en la etapa aguda fueron: fiebre (81%), cefalea (54%), artralgiás (63%), mialgiás (50%) y exantema cutáneo (61,5%) (Pérez, Ramírez, Pérez y Canela, 2014). El artículo de Valenzuela y col, en población pediátrica, encontró igual sintomatología que en los adultos: fiebre alta (96%), seguido de exantema (71%) y la artritis y artralgiás en el 58% de los casos (Valenzuela, Galeas, Erazo y Sánchez, 2015).

Los síntomas de la fase aguda son parecidos a los del dengue. La publicación de Glenda Pérez y col, titulada “Fiebre de *Chikungunya*: enfermedad infrecuente como emergencia médica en Cuba, 2014” (Pérez, Ramírez, Pérez y Canela, 2014), reporta además, que de manera ocasional, se pueden presentar casos de co-infección con dengue. La poli artritis migratoria afecta fundamentalmente articulaciones pequeñas (muñecas y tobillos) y cuando involucra articulaciones mayores, los dolores que produce frecuentemente son graves, a menudo incapacitantes. La denominación *Chikungunya* en el lenguaje makonde, significa “aquel que se encorva” en referencia a la postura encorvada que adoptan estos pacientes por los dolores e inflamación articulares (Acosta Reyes, 2015; Pérez, Ramírez, Pérez y Canela, 2014).

Otras manifestaciones frecuentes en la fase aguda son la erupción cutánea y los cambios en el estado emocional. La erupción aparece inicialmente como sonrojo en la cara y el pecho, seguido por lesiones maculares visibles generalizadas y pruriginosas (Pérez, Ramírez, Pérez y Canela, 2014) El artículo de Kelly Romero A. y col, en el que se aplica el cuestionario general de salud mental de Goldberg y otro instrumento desarrollado por un equipo de investigación de la isla Mauricio, además de comentar igual sintomatología aguda, reporta insomnio, irritabilidad y/o tristeza, sintiendo más irritabilidad los hombres que las mujeres ($p=0.003$) (Romero, Rojas, Abad y Gómez, 2015).

Hasta un 75% de los pacientes que han pasado la etapa aguda, pueden enfrentar una fase crónica (Acosta Reyes, 2015; Díaz y Garrido, 2015). Los artículos de Acosta-Reyes J y col, llamado: “Enfermedad por el virus del Chikungunya: historia y epidemiología”. y el de Loreto H. y col, llamado “Fiebre *Chikungunya*. Manifestaciones reumáticas de una infección emergente en Europa (2014)”, reportan que en esta fase crónica, se presenta agudización de algunos síntomas como poli artralgia, poli artritis persistente, rigidez matutina, depresión y astenia, que pueden persistir durante meses e incluso años (Acosta Reyes, 2015; Loreto, Díaz y Garrido., 2015). Han encontrado una severa reacción inmunitaria de defensa con incremento de citosinas, que puede ser responsable de que esto suceda (Ferreiro-Sarmiento, Lastra-Terán, De la Rosa y Viasus, 2015; Loreto, Díaz y Garrido, 2015).

Cuidados de Enfermería:

En la revisión de los artículos, no se identificaron las acciones específicas de cuidado que evidencien la atención de enfermería en el paciente con *Chikungunya*. El enfermero tiene un rol fundamental en la atención a personas que padecen una condición crónica. Por su formación puede organizar su trabajo a través del Proceso Enfermero, y de este modo brindar una mejor atención, basada en conocimientos aportados por la disciplina, utilizando para ellos los modelos que se han desarrollado en esta área (Fawcett, 2003; NANDA internacional, 2013-2014). Por este motivo, las autoras elaboraron un plan de cuidado de enfermería, útil para el cuidado de estos pacientes, basadas en las revisiones bibliográficas y en el Proceso Enfermero (Fawcett, 2003; NANDA internacional, 2013-2014).

El plan de cuidado de enfermería aborda cuatro dominios. El primer dominio se relaciona con el manejo de la fiebre, que por lo general es alta en estos pacientes. Incluye toma de la temperatura cada cuatro horas (Curva térmica), realizar medios físicos (baño bajo la ducha tibia, colocar paños húmedos sobre el cuerpo, permanecer con la menor ropa posible) y la administración de acetaminofén, dos tabletas de 500 mg cada seis horas.

El segundo dominio maneja el prurito en la piel. Incluye la administración de antihistamínico cada doce horas para evitar que se rasque y haga laceraciones, hidratación de la piel (realizar baños con avena, aplicar cremas hidratantes y aceites corporales). El tercer dominio trata de la inflamación, dolor articular e incapacidad para caminar. Una vez se han excluido

otras enfermedades como malaria, dengue e infecciones bacterianas, se puede administrar antiinflamatorios no esteroideos tipo ibuprofeno cada ocho horas. Ubicar al paciente en camilla o silla comfortable, dar compañía para su desplazamiento, vigilarlo durante la marcha, dar educación sobre cuidados, aplicar calor local para ayudar a la relajación articular e incentivar la movilidad realizando ejercicios pasivos.

El cuarto dominio es el manejo de la deshidratación, sequedad de las mucosas orales y conjuntivas por déficit de volumen de líquidos. Incluye realizar un control estricto de líquidos administrados y eliminados, valorar mucosas orales, conjuntivas, estado de la piel, realizar peso diario y la administración de líquidos endovenosos según grado de deshidratación.

Conclusiones

El *chikungunya* se presenta en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Las condiciones sociodemográficas, como las condiciones de pobreza, acumulación de basuras, depósitos de aguas limpias y estancadas al interior y en las proximidades de las casas, favorecen el crecimiento y propagación del mosquito *Aedes aegypti*. Esto permite el desarrollo no solo del *chikungunya*, sino también de otras infecciones virales como el dengue y el *Zica* (Acosta Reyes, 2015; Viasus y De la Hoz, 2015).

El *chikungunya* es una enfermedad viral severa e incapacitante. Se presenta en dos etapas clínicas, una etapa aguda, con un inicio agudo de fiebre de más de 39°C, acompañada de dolor en las articulaciones o artritis severa, dificultad para caminar, enrojecimiento ocular, erupción cutánea, cefalea, escalofríos, dolor abdominal, malestar general, insomnio, irritabilidad y/o tristeza. Los síntomas de esta fase son parecidos a los del dengue y de manera ocasional, se pueden presentar casos de co-infección con dengue (Acosta Reyes, 2015; Viasus y De la Hoz, 2015).

Hasta un 75% de los pacientes que han pasado la etapa aguda, pueden enfrentar una fase crónica. En esta etapa se presenta agudización de algunos síntomas como la poli artralgia, poli artritis persistente, rigidez matutina, depresión y astenia, que pueden persistir durante meses e incluso años (Acosta Reyes, 2015; Viasus y De la Hoz, 2015).

Recomendaciones

Brindar información a los pacientes y familiares sobre las medidas de prevención que se deben adoptar para reducir al mínimo el contacto vector-paciente y evitar la aparición de nuevos casos:

- Evitar los criaderos de mosquitos dentro y fuera de casa.
- Utilizar mosquiteros (toldillos), preferentemente impregnados de permetrina.
- Utilizar ropa que cubra la máxima superficie posible de piel (mangas largas para cubrir las extremidades). Evitar el uso de ropas oscuras.
- Emplear angeos/redes en puertas y ventanas.
- Utilizar repelentes de mosquitos en la piel expuesta y sobre la ropa.

Informar a los pacientes sobre las manifestaciones clínicas en la etapa aguda y la fase crónica, y los métodos para hacer el diagnóstico de esta enfermedad. En caso de sospecharla, acudir inmediatamente a su institución de salud para recibir atención médica y evitar auto-medicarse.

Manejo de la fiebre:

- Tomar temperatura cada cuatro horas (curva térmica).
- Realizar medios físicos (baño bajo la ducha tibia, colocar paños húmedos sobre el cuerpo, permanecer con la menor ropa posible).
- Administrar acetaminofén, dos tabletas de 500 mg cada seis horas.
- Manejo del prurito en la piel:
- Administrar antihistamínico cada doce horas.
- Hidratación de la piel (realizar baños con avena, aplicar cremas hidratantes y aceites corporales).
- Manejo de la inflamación, dolor articular e incapacidad para caminar:
- Una vez se han excluido otras enfermedades como malaria, dengue e infecciones bacterianas, se pueden administrar antiinflamatorios no esteroideos tipo ibuprofeno cada ocho horas.

- Ubicar al paciente en camilla o silla confortable.
- Acompañar al paciente para su desplazamiento y vigilarlo durante la marcha.
- Aplicar calor local para ayudar a la relajación articular e incentivar la movilidad realizando ejercicios pasivos.
- Manejo de la deshidratación, sequedad de las mucosas orales y conjuntivas:
- Realizar un control estricto de líquidos administrados y eliminados.
- Valorar mucosas orales, conjuntivas y estado de la piel.
- Realizar peso diario.
- Administrar líquidos endovenosos según grado de deshidratación.

Referencias bibliográficas

- Acosta Reyes, J., Navarro Lechuga, E., Martínez Garcés, J.C. (2015) Enfermedad por el virus del Chikungunya: historia y epidemiología. *Rev Salud Uninorte*. 2015; 31 (3): 621-630. [En línea] 2015 [Consultado en 2016]; 31(3). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/7486>
- Fawcett, J. (2003) Conceptual Models of Nursing: International in Scope and Substance? The Case of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly* 2003; 16 (4): 315-318.
- Ferreiro-Sarmiento, S., Lastra-Terán, K., De la Rosa, D., Viasus, D. (2015) Infección grave por el virus del Chikungunya. *Rev Salud Uninorte*. 2015; 31 (3): 631-641. [En línea] 2015 [Consultado en 2016]; 31(3). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/7386>.
- Instituto de Salud Pública. Ministerio de Salud (2014). Virus Chikungunya. [En línea] Boletín de laboratorio y vigilancia al día N° 17, septiembre, 2014. p. 15-18. Disponible en: http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2014/10/Virus_Chikungunya-26092014A.pdf. Consultado en 2015.
- Instituto Nacional de Salud (INS) (2015). Boletín epidemiológico semanal. (Semana número 17 de 2015), 2015. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/Boletin-epidemiologico/Boletin%20epidemiologico/2015%20boletin>.
- López, E. M., Joutteaux, S. M., Vásquez, D., Litardo, R., Molina, E. (2015) *Dengue y Chikungunya: Características Clínicas y de Laboratorio en un Área Rural de la Provincia del Guayas, Ecuador*: Univ Cat San Gua. [En línea] 2015 [Con-

- sultado en 2016]; 1(1). Disponible en: http://www.academia.edu/12497500/Dengue_y_Chikungunya_Caracter%C3%ADsticas_Cl%C3%ADnicas_y_de_Laboratorio_en_un_%C3%81rea_Rural_de_la_Provincia_del_Guayas_Ecuador.
- Loreto, M., Díaz, C., Garrido, L. (2015) Fiebre Chikungunya. Manifestaciones reumáticas de una infección Emergente en *Europa. Reumatol Clin*. [En línea] 2015 [Consultado en 2016]; 11(3):161-164. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1699258X14001582?via=sd&cc=y>
- Ministerio de Salud. Fiebre Chikungunya. Enfermedades infecciosas. [Sitio en internet] *Guía para el equipo de salud*. No. 13. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000547cnt-guia-equipo-salud-fiebre-chikungunya-2015.pdf>. Consultado en 2015.
- NANDA internacional (2012-2014) Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones 2012-2014. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.nanda.org/nanda-internacional-definiciones-y-clasificacion.html>. Consultado en 2016.
- Pérez Gl, Ramírez Gr, Pérez Y, Canela C. (2014) Fiebre de Chikungunya: enfermedad infrecuente como emergencia médica en Cuba. *MEDISAN*. [En línea] 2014 [Consultado en 2015]; 18(6):859. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san15614.htm
- Porta, L. A. *Fiebre Chikungunya, Amenaza para la Región de las Américas Salud Militar* [En línea] 2012 [Consultado en 2014]; 31(1): 25-33. Disponible en: <http://www.bernardodefillo.com/CHIKVSaludMilitarCapMedLilianPorta.pdf>
- Romero, K., Rojas, M., Abad, A., Gómez, G. (2015) ¿Afecta el virus del chikungunya el estado emocional de los individuos que lo padecen? *Psicogente*. [En línea] 2015 [Consultado en 2016]; 19 (35). Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>.
- Valenzuela, J.R., Galeas, O.M., Erazo, M., Sánchez, R. (2015) Caracterización clínica y epidemiológica de Chikungunya en niños. *Acta Ped Hond*. [En línea] Marzo 2015 [Consultado en 2016]; 5:(2). Disponible en: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol5/pdf/APHVol5-1-2-2014-2015-3.pdf>.
- Viasus, D., De la Hoz, J. M. ¿Qué tanto impacto tiene la infección por el virus de Chikungunya?. *Rev Salud Uninorte* 2015; 31 (1): vii-ix. [En línea] 2015 [Consultado en 2016]; 31(1) Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/7490/7621>

Adherencia del personal de salud a la higiene de manos en cinco momentos

Adherence of health personnel to hand hygiene at all five moments

Dolly Villegas Arenas

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

Elsa Yasmín Vente Banguera

Centro Médico Imbanaco. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-6659-6378>

Sandra Liliana Ossa Lizaraso

Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-3833-1449>

Evila Rogelia De Lacruz Gómez

Servicio Occidental de Salud. Cali, Colombia

Christian José Pallares Gutiérrez

Centro Médico Imbanaco. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-6093-7845>

Hilda Mary Gómez Herrera

Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-6442-1291>

Resumen

El trabajo determinó en trabajadores de salud de un hospital universitario la adherencia a la higiene de manos en los cinco momentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud. Se realizaron 1.101 observaciones de oportunidades a 399 personas con un promedio de tres observaciones por trabajador, en un estudio observacional bajo la modalidad de sombra, estratificando por cargo, turno en el día y día de la semana. Se evidenció

Cita este capítulo

Villegas Arenas, D.; Ossa Lizaraso, S. L.; Gómez Herrera, H. M.; Yasmín Vente, E.; De la cruz Gómez, E. & Pallares Gutiérrez, C. J. (2020). Adherencia del personal de salud a la higiene de manos en los cinco momentos. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 69-80). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

una adherencia global de 19%; el profesional de enfermería fue el cargo con más adherencia (OR: 1,95 IC 95% 1,34 – 2,84, $p < 0.05$); los turnos de la tarde y la noche, presentaron mayor adherencia con respecto a la mañana (OR: 1,41 IC95% 1,02 – 1,95, $p: 0,029$). El momento de mayor adherencia fue antes de realizar una tarea aséptica (32%). Esto significa que la adherencia global de higiene de manos es baja y se requiere la implantación de medidas encaminadas a reforzar el conocimiento y la practica a esta estrategia.

Palabras clave: Higiene de manos, adherencia.

Abstract

This research determined the adherence to hand hygiene in the 5 moments recommended by the World Health Organization, in health workers of a university hospital. A total of 1,101 observations of opportunities were made to 399 people with an average of 3 observations per worker, in an observational study under the shade modality, stratifying by position, shift in the day and day of the week. There was an overall adhesion of 19%; the nursing professional was the most adherent position (OR: 1.95 95% CI 1.34 - 2.84, $p < 0.05$); the afternoon and evening shifts, presented greater adherence with respect to the morning (OR: 1.41 CI 95% 1.02 - 1.95, $p: 0.029$). The moment of greatest adhesion was before performing an aseptic task (32%). This means that the overall adherence to hand hygiene is low and it is necessary to implement measures aimed at reinforcing knowledge and practice of this strategy.

Keywords: Hand hygiene, adherence.

Introducción

La falta de adherencia a la higiene de manos es un problema de muchas instituciones de salud en todo el mundo. Se tienen reportes de hospitales con prevalencia de adherencia del 10%, pero también hay reportes exitosos del 70% (Wenzel, 1997; Pittet, Mourouga, Perneger, and the members of the infection control program, 1999). La higiene de manos es considerada la medida más efectiva para el control de la infección asociada al cuidado de la salud, ya que durante el procedimiento de higiene de manos se logra la eliminación de 90% a 95% de microorganismos que contaminan las manos.

Además, la implementación durante la atención y cuidado es económica y fácil de realizar, depende del cambio de la disposición del personal de salud.

Se determinó el porcentaje de adherencia a la higiene de manos, mediante un estudio descriptivo observacional, en el cual se evaluó la frecuencia de las variables: turno, cargos, días de la semana y los cinco momentos de la higiene de manos. Se diseñó un estudio modalidad sombra a través de observadores entrenados que registraban la oportunidad de higiene de manos y verificaban el cumplimiento del procedimiento; los trabajadores fueron observados bajo las mismas condiciones durante el mes de febrero de 2010. La asignación del número de personas por cargos para la observación, se realizó de acuerdo con el comportamiento a nivel institucional. Así, entonces cabe preguntarse ¿Cuál es la adherencia a la higiene de manos en los cinco momentos del personal de salud?

El reto mundial para la seguridad del paciente, es un programa básico de La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Enfoca su trabajo en estrategias o desafíos en este tema. El desafío “Atención limpia es atención segura” tiene como objetivos, aumentar la sensibilidad sobre las infecciones relacionadas con la atención en salud y reducir las infecciones relacionadas con la atención. Se busca entonces incrementar la toma de conciencia acerca de la importancia de la higiene de como estrategia para la prevención de la infección asociada a la atención en salud (World Health Organization, 2009).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), una buena higiene de manos puede reducir la frecuencia de infecciones relacionadas con la atención, y el incumplimiento de dicha higiene, se considera la principal causa de dichas infecciones ya que facilita la propagación de microorganismos multirresistentes y contribuye notablemente a los brotes infecciosos. Así mismo, las directrices de la OMS sobre higiene de manos incluye el lavado y la antisepsia basada en cinco momentos: 1. Antes del contacto con el paciente, 2. Antes de procedimiento aséptico, 3. Después de contacto con fluidos y luego de quitarse los guantes, 4. Después del contacto con el paciente 5. Después de contacto con el entorno del paciente.⁴

Se realizaron 1 101 observaciones de oportunidades a 399 personas con un promedio de 3 observaciones por trabajador. Se evidenció una adherencia global de 19%; el profesional de enfermería fue el cargo con más adherencia (OR: 1,95 IC 95% 1,34 – 2,84, p:<0.05); en los turnos de tarde y la noche se observó mayor adherencia con respecto a la mañana. (OR: 1,41

IC95% 1,02 – 1,95, p: 0,029); el momento de mayor adherencia fue antes de realizar una tarea aséptica (32%).

Se muestra la medición de la adherencia a la higiene de manos en los cinco momentos, se describe la situación problema de la institución de salud, la definición de los objetivos, la metodología y su desarrollo, los resultados, el análisis y las conclusiones.

Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, modalidad sombra, que consiste en realizar observaciones sin el conocimiento del trabajador. Observadores entrenados quienes convertidos en “sombras” registraban las oportunidades de higiene de manos y verificaban el cumplimiento de la acción. Los trabajadores fueron observados bajo las mismas condiciones durante el mes de febrero del 2010. La institución, para la hospitalización de los pacientes, oferta servicios de pediatría, hospitalización general, ginecológica, obstétrica, terapia intensiva y sala de operaciones; hay lavamanos y dispensadores en los servicios donde se realizaron las observaciones y los lineamientos institucionales para la higiene de manos son definidos por el área de Epidemiología Hospitalaria que ha implementado estrategias para el despliegue institucional.

El tamaño de la muestra fue definida con una prevalencia de adherencia de 50%, la variable observada fue higiene de manos, en cualquiera de los cinco momentos recomendados por la OMS (Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. Alianza mundial para la seguridad del paciente. OMS, 2005). La asignación del número de personas por cargos para la observación se estableció de acuerdo con el comportamiento a nivel institucional así: 50% para auxiliares de enfermería (200), 19% médicos (77), 18% enfermeros (72), 9% terapeutas (34), 3% estudiantes (12), 1% psicólogos (2) y 1% técnicos (2). Las observaciones se hicieron de acuerdo con la oportunidad de realizar higiene de manos durante la prestación, en los tres turnos y los siete días de la semana.

El instrumento para la recolección de la información se elaboró a partir de las directrices de la OMS y para la recolección de la información se diseñó un instructivo que fue sometido a una prueba piloto para la validación; los observadores fueron capacitados y esta acción permitió

la homologación de conceptos de acuerdo con la guía de la OMS (World Health Organization, 2009).

Las observaciones se realizaron durante el mes de Febrero del 2010; en este periodo no se realizaron estrategias de despliegue, ni informes preliminares de los hallazgos. La información digitada se editó, en busca de datos faltantes, extremos e incorrectos, los cuales fueron corregidos mediante la revisión de los formatos y los observadores, lo que permitió el control de los datos.

El análisis de la información se realizó por medio de Excel y el paquete estadístico Epi – Info, las principales variables analizadas fueron cargo, turno, momento y adherencia global. Se realizaron análisis por medio de medidas de resumen de cada distribución de frecuencias como proporciones. Para determinar asociación se calcularon medidas no paramétricas (chi-cuadrado).

De acuerdo a la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud, para la realización de investigación en humanos, este proyecto es un estudio con riesgos mínimos.

Resultados

Se realizaron 1 101 observaciones a 399 trabajadores asistenciales. Éste número constituyó una muestra representativa para un nivel de confiabilidad del 95%. La distribución de observaciones por cargos se realizó a personal auxiliar de enfermería (50%) y médicos (19%), el turno de mayor observaciones fue en la mañana (43%), los días de la semana con más observaciones fueron el lunes y el viernes con 16%, cada uno. Tablas 6, 7, 8.

Tabla 6. Distribución de los trabajadores observados según cargo.

CARGO	F	%
AUX. DE ENFERMERIA	200	50%
MÉDICO	77	19%
ENFERMERA	72	18%

CARGO	F	%
TERAPEUTA	34	9%
ESTUDIANTE	12	3%
PSICÓLOGO	2	1%
TÉCNICO	2	1%
TOTAL	399	100%

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 7. Distribución de las observaciones según turno de atención.

TURNO DE ATENCIÓN	F	%
MAÑANA	469	43%
TARDE	364	33%
NOCHE	268	24%
TOTAL	1101	100%

Fuente: elaboración propia (2017)

Tabla 8. Distribución de las observaciones según día de la semana. Higiene de manos.

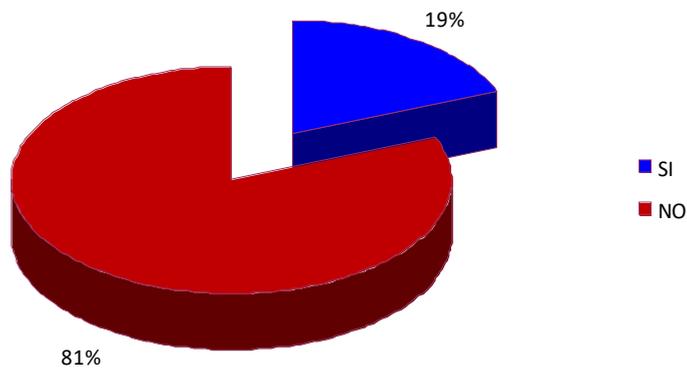
TURNO DE ATENCIÓN	F	%
DOMINGO	139	13%
LUNES	179	16%
MARTES	160	15%

TURNO DE ATENCIÓN	F	%
MIÉRCOLES	160	15%
JUEVES	140	13%
VIERNES	179	15%
SÁBADO	144	13%
TOTAL	1101	100%

Fuente: elaboración propia (2017).

Del total de observaciones, 209 cumplieron con las buenas prácticas en higiene de manos, resultando en una prevalencia del 19%.

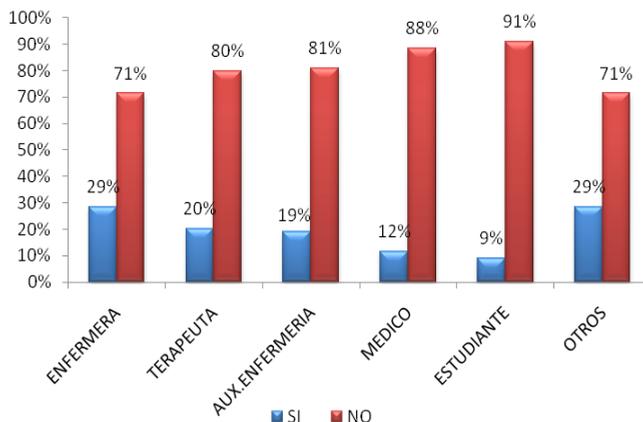
Grafico 8. Adherencia de Higiene de Manos.



Fuente: elaboración propia (2017).

En relación con la profesión, se encontró que el profesional de enfermería (29%) fue el más adherente sobre el resto de los trabajadores (OR: 1,95 IC 95% 1,34 – 2,84, $p < 0.05$). Los terapeutas fueron los siguientes más adherentes (20%).

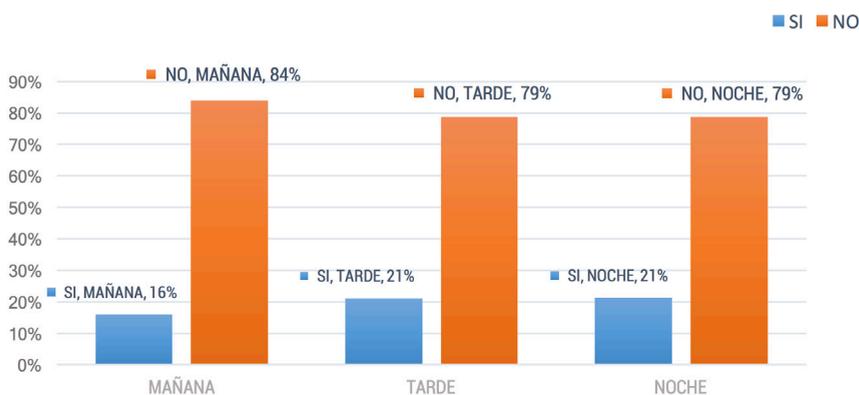
Grafico 9. Adherencia de Higiene de Manos, según cargos.



Fuente: elaboración propia (2017).

En las observaciones por turno laboral, se observó que en el turno de la mañana la adherencia fue de 16%, mientras que en la tarde y en la noche fue de 21%, con una asociación estadística significativa con respecto a la jornada de la mañana. (OR: 1,41 IC95% 1,02 – 1,95, p: 0,029).

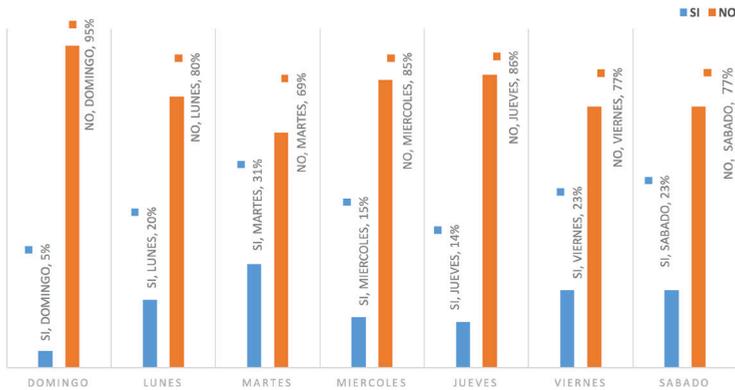
Gráfico 10. Adherencia de Higiene de Manos, por turno.



Fuente: elaboración propia (2017).

En relación a la adherencia observada según el día de la semana, el día de mayor adherencia fue el día martes (31%) y el domingo el día de menor adherencia (5%), estadísticamente significativo en comparación al resto de los días ($p: 0,00004$, OR: 2,15 IC95% 1,45 – 3,19).

Gráfico 11. Adherencia de Higiene de Manos, por día de la semana.



Fuente: elaboración propia (2017).

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, las observaciones tuvieron como referente los cinco momentos de indicación de higiene de manos; el momento donde se observó mayor adherencia fue el momento 2, antes de realizar procedimiento aséptico (32%). ($p: 0,002$, OR: 2,16 IC95% 1,28 – 3,63), las asociaciones entre los demás momentos no presentaron relación significativa.

Gráfico 12. Adherencia de Higiene de Manos, según cinco momentos.



Fuente: elaboración propia (2017).

1. Antes del contacto con el paciente, 2. Antes de realizar una tarea aséptica., 3. Después del riesgo de exposición a fluidos orgánicos o retirarse guantes, 4. Después del contacto con el paciente, 5. Después del contacto con el entorno del paciente.

En la caracterización de los cinco momentos por cargo, de acuerdo con la distribución de frecuencia, se pudo evidenciar que:

- El momento 1, (antes de contacto con el paciente) los enfermeros(as) presentaron la mayor adherencia 27%.
- En el momento 2. (antes de procedimiento aséptico), la mayor adherencia fue para el médico(a), (50%).
- En el momento 3. (después de contacto con fluidos y luego de quitarse los guantes), la mayor adherencia fue para la terapeuta (60%).
- En el momento 4. (después de contacto con el paciente) los más adherentes fueron los enfermeros (as) (27%).
- En el momento 5. (después de contacto con el entorno del paciente), los enfermeros(as) tuvieron la mejor adherencia (29%).

Discusión

El cuidado de la salud a nivel hospitalario genera riesgos para los pacientes; una de las complicaciones derivadas de esta prestación más frecuente es la infección asociada al cuidado, muchas personas deben entonces permanecer más tiempo hospitalizadas por esta causa y otras fallecen a causa de la infección. La higiene de manos se ha convertido en la principal estrategia para salvar vidas, disminuir el número de pacientes con infecciones adquiridas durante la atención y mejorar la seguridad del paciente (World Health Organization, 2009). Es así cómo, conocer la adherencia a la higiene de manos aporta a la implementación de medidas para fortalecer esta práctica segura para el cuidado del paciente.

Basado en la estrategia “Una atención limpia es una atención segura”, de la Alianza para el Progreso, son varios los hospitales interesados en conocer la adherencia a esta medida ante el planteamiento del Dr. Pittet, que hace referencia en el estudio del año 1999 a un 48% de adherencia en un hospital universitario de Ginebra, donde se establecieron factores

predictores de incumplimiento con la higiene de manos durante el cuidado del paciente, tales como ser médico, auxiliar de enfermería, en vez de enfermera, jornada de la mañana y fines de semana entre otros (Pittet, Mourouga, Perneger and the members of the infection control program, 1999). De acuerdo estas afirmaciones, la prevalencia de 19 % encontrada en el presente estudio se considera baja; las enfermeras fueron más adherentes que los demás profesionales. Se evidenció menos adherencia en la jornada de la mañana. Es posible que esto resulte de la mayor demanda de atención y procedimientos que usualmente los pacientes requieren en el turno de la mañana, haciendo más desafiante una óptima adherencia a la higiene de manos. No se encontró diferencia en cuanto a la adherencia durante el fin de semana; lo cual puede estar explicado porque el volumen de trabajo es menor, no obstante esta variable no se contempló en este estudio; esto también puede estar pasando con el día martes.

En relación con los cinco momento indicativos de higiene de manos se encontró que hay mayor adherencia en los momentos que conllevan un alto riesgo de contaminación para el trabajador; llama la atención la poca adherencia en momentos relacionados con la seguridad del paciente (antes del contacto con el paciente y al salir del entorno del paciente, 15% de adherencia para ambos), que puede estar explicado por el volumen de actividades y a no identificar que las manos pueden estar contaminadas por microorganismos oportunistas; este hallazgo está relacionado con los resultados del estudio realizado por José Sánchez-Payá et al. en Alicante, España, donde evidenció que la no realización de higiene de manos antes de entrar en contacto con el paciente fue la de mayor riesgo (José Sánchez-Payá et al., 2007),

Con el conocimiento sobre la adherencia a la higiene de manos en el personal de salud la institución, las preguntas ahora son, ¿qué factores limitan este procedimiento?, ¿cuál será la estrategia para lograr la adherencia? ¿cómo lograr la continuidad durante la prestación de la atención?; este es el reto que debe ser asumido por los líderes institucionales y por cada uno de los trabajadores del hospital.

Conclusiones

La prevalencia de higiene de manos en el hospital es baja, se requiere la implantación de medidas encaminadas a reforzar el conocimiento y la práctica a esta estrategia.

La medición de adherencia es importante porque permite una línea de base y el establecimiento de estrategias que aseguren el cumplimiento del procedimiento.

Se requiere un programa con estrategias que sean mantenidas en el tiempo (capacitación, campanas focales, transversales) con la participación de todos.

Referencias bibliográficas

- Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. (2005). Alianza mundial para la seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud.
- Sánchez-Payá, J. et al. (2007), Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica: Volumen 25, Issue 6, July 2007*, pp. 369-375.
- Pittet, D., Mourouga P., Perneger, T. V. (1999). and the members of the infection control program (1999) Compliance with Hand washing in a Teaching Hospital. *Annals of Internal Medicine: 130 (2): pp. 126- 130.*
- Wenzel, R. P. (1997). *Prevention and control of nosocomial infection*. 3rd ed. Baltimore, NY: Williams & Wilkins.
- World Health Organization (2009) WHO Guidelines for Hand Hygiene in Health Care – First Global Patient Safety Challenge.

02

SEGUNDA PARTE:

EDUCACIÓN EN SALUD

*Solamente el diálogo, que implica el pensar crítico,
es capaz de generarlo.
Sin él no hay comunicación
y sin ésta no hay educación*

Paulo Freire

*La educación es el encendido de una llama,
no el llenado de un recipiente*

Sócrates

Atención primaria en salud un eje articulador para las competencias en salud⁴

Primary health care, an articulating axis for health competencies

Janeth Cecilia Gil Forero

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-5322-0494>

Claudia Patricia Quiroga Vásquez

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-6222-2755>

Ivanoba Pardo Herrera

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-4527-6775>

Adriana Jaramillo Echeverry

*Institución Universitaria Colegios de Colombia,
Cali, Colombia*

© <https://orcid.org/0000-0002-1917-468X>

Resumen

El objetivo del presente estudio fue determinar las competencias cognitivas en Atención Primaria en Salud-APS, desarrolladas en el proceso formativo en estudiantes de salud en una universidad privada en Cali, Colombia. Para ello, se realizó un estudio transversal descriptivo, con un muestreo representativo y probabilístico; se aplicó un cuestionario de conocimiento, previa revisión del micro currículos, con aval ético y consentimiento informado.

4 Competencias en Atención Primaria en Salud, adquiridas por estudiantes de salud en la Universidad Santiago de Cali en el 2015.

Cita este capítulo

Gil Forero, C. J.; Pardo Herrera, I.; Quiroga Vásquez, C. P. y Jaramillo Echeverry, A. (2020). Atención primaria en salud un eje articulador para las competencias en salud. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 83-97). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Los resultados obtenidos determinaron que los conocimientos en APS fue alcanzado por el 63% de los estudiantes, resaltando que la fortaleza no fue en las competencias de mayor énfasis de Atención Primaria en Salud, que son la de atención del individuo, paciente y comunidad y la de promoción y prevención, las competencias generales con enfoque social tuvieron un mejor desempeño. Como conclusión se retoma que la APS, no solo es la entrada al sistema de salud, sino la articulación para la eficiencia de la salud y la equidad en la distribución de recursos, respondiendo a que la salud de los ciudadanos es un derecho y no un privilegio, por tanto, ha de ser el eje principal de las políticas de salud de una nación y en ellas la academia tiene un rol fundamental, fortaleciendo en los estudiantes tienen el conocimiento pero no es clara la implementación, llegando a concluir que existe debilidad en la conceptualización brindada.

Palabras clave: atención primaria en salud, competencia, currículo, formación.

Abstract

The objective of the present study was to determine the cognitive competences in Primary Health Care-PHC, developed in the training process in health students at a private university in Cali, Colombia. For this, a descriptive cross-sectional study was carried out, with a representative and probabilistic sampling, to whom a knowledge questionnaire was applied, after reviewing the micro curricula, with ethical approval and informed consent. The results obtained determined that the knowledge in PHC was reached by 63% of the students, emphasizing that the strength was not in the competences of greater emphasis of Primary Health Care, that is the Attention of the individual, patient and community and the Of promotion and prevention, the general competences with social focus had a better performance. The conclusion is that the PHC is not only the entrance to the health system, but the articulation for health efficiency and equity in the distribution of resources, responding to the health of citizens is a right and not a Privilege, therefore, has to be the main axis of health policies of a nation and in them the academy has a fundamental role, strengthening in the students have the knowledge but the implementation is not clear, arriving to conclude that there is weakness in The conceptualization offered.

Keywords: primary health care, competence, curriculum, training.

Introducción

El modelo educativo por competencias profesionales integradas, es una opción de la educación superior para generar procesos formativos de mayor calidad, pero sin perder de vista las necesidades de la sociedad, la profesión, el desarrollo disciplinar y el trabajo académico (González, González, M. y Ramírez Ramírez, I., 2011). En los programas de salud se hace importante que los futuros profesionales logren para su implementación el desarrollo de competencias en Atención Primaria en Salud en las diferentes dimensiones del Saber, el Saber Hacer y el Ser (Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P. A., Restrepo Vélez, O., 2009; Acosta, K. R.-N., 2013). El desempeño profesional en salud no se limita al cumplimiento de una función curativa, sino dar énfasis a la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad en los diversos niveles de atención, como lo requieren los Sistemas de Salud y lo documentan los lineamientos mundiales. Así, la Atención Primaria de Salud (APS) se convirtió para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un concepto fundamental a raíz de la Declaración de Alma-Ata (1978); definiéndose la APS como “... una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación...”, (Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011) como estrategia de salud, se encuentra compuesta por tres componentes principales que son integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial de la salud y la participación social comunitaria (World Health Organization. Primary health Care, 1978).

Durante la historia de la APS se han realizado importantes aportes para fortalecer la implementación y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en el mundo, que han sido proporcionados por: la Carta de Ottawa en el año de 1986; la declaración de Santa Fe de Bogotá “Promoción de la Salud y Equidad”, en el año de 1992; la Declaración de Yakarta en el año de 1997; la Carta de Bangkok en el año de 2005; y la “Guía para Universidades Saludables” celebradas en Canadá y en Costa Rica en los años de 2005 y 2011 respectivamente (Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J. A., Sánchez Pérez, Y., Rodríguez Cruz, R., 2014; Universidades Promotoras de la Salud/OPS, 2005; Universidades Promotoras de la Salud/OPS, 2011) Estos documentos han definido los lineamientos para incrementar la capacidad de gestión de las comunidades y el empoderamiento de los individuos, teniendo en cuenta los principios de la seguridad social, entre los que se reconocen, la complementariedad y concurrencia, la inter-

sectorialidad, el enfoque diferencial, la continuidad y la irrenunciabilidad entre otros (Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015).

De acuerdo a Echeverry (2011), ha existido un cambio radical del enfoque en la prestación de servicios de salud, particularmente en el componente médico. En primer lugar, el cambio del enfoque de factores de riesgo individual a determinantes fuera del sector salud. En segundo lugar, el cambio del predominio de servicios curativos a promoción de la salud y prevención de la enfermedad; de servicios hospitalarios a servicios en la comunidad; de servicios centralizados a servicios descentralizados; y, finalmente, la responsabilidad única del Estado por la salud de la población a la responsabilidad compartida con el autocuidado de las personas por su salud. En este sentido, el alcance de la APS, no sólo está en las manos de los profesionales de la salud, sino que requiere de la articulación de los diversos sectores económicos y de la comunidad. Desde el sector salud, se hace importante que los futuros profesionales logren el desarrollo de las competencias requeridas para la APS en las diferentes dimensiones, con el dominio de contenidos ajustados y actualizados; contenidos como: conocer el Análisis Situacional de Salud (ASIS), que registra importantes modificaciones en la distribución de las enfermedades, los perfiles demográficos, los niveles de exposición a riesgos importantes y el entorno que incide en sus condiciones de salud. De tal manera, su desempeño profesional no se limita al cumplimiento de una función curativa o meramente operativa, en la atención de las patologías, sino preventiva.

Desde otro sector, la Educación, se ha transcendido hasta el punto de adaptar y fundamentar el cambio educacional con el modelo de las competencias, erigiéndose durante el inicio del siglo XXI. La educación por competencias es claramente una tendencia en Colombia, la cual se extiende a la mayoría de las Instituciones de Educación Superior. Su presencia dentro del panorama académico requiere ser estudiada, para conocerla, comprenderla y evaluarla. Esto clarifica las opciones que hay para su implementación y para elegir la que pueda adecuarse a las características propias del país. El modelo educativo por competencias profesionales integradas para la educación superior es una opción que busca generar procesos formativos de mayor calidad, pero sin perder de vista las necesidades de la sociedad, de la profesión, del desarrollo disciplinar y del trabajo académico. Sin embargo, aunque se plantea el cambio al modelo educativo por competencias en las carreras del área de la salud, se deben tener claros los antecedentes, ya que, de acuerdo a Risco de Domínguez,

este cambio puede ser comparable con el modelo que surgió a inicios del Siglo XX, el modelo de Flexner, que integraba a los currículos los fundamentos científicos enfocándose en la investigación científica. El modelo Flexner tuvo gran auge y representatividad en los currículos universitarios en salud; se instauró entonces la transmisión de conocimientos desde profesor –transmisor– al estudiante –receptor pasivo–, que no dio solución a la gran cantidad de cambios que suscitaron las nuevas condiciones de vida, de índole económico, social, avances tecnológicos y formas de pensar, a lo que nos evoca la adopción de un nuevo modelo que permita dar respuestas y soluciones a esas nueva condiciones y problemáticas (Risco de Domínguez, G., 2014a; Risco de Domínguez, G., 2014b).

Los cambios en el nuevo siglo tienen implicaciones directas en la forma de aprender y de enseñar, que dio pie a que las escuelas de pensamiento y pedagogía constructivista se orientaran al enfoque educativo por competencias. A grandes rasgos la educación por competencias propone derribar el estigma de educar a través de la memorización de información, y plantea la adquisición de esa información y el uso responsable en el contexto que se está para usarla dando solución a problemas, usando también habilidades y actitudes necesarias para cambiar la realidad, favoreciendo la educación y la formación de profesionales en salud con una visión integral de la salud pública (Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al., 2011; Salas-Zapata, W., 2012; Díaz Barriga, Ángel., 2006). Díaz Barriga, realiza una aproximación a la conceptualización de competencias, como la combinación de tres aspectos siendo el primero la información, el segundo el desarrollo de una habilidad y un tercero y último aspecto es la aplicabilidad de los anteriores en una situación inédita (Díaz Barriga, Á., 2006).

La conceptualización de las competencias se remite a las dos últimas décadas del siglo XX, la cual fue concebida por David McClelland en 1973, el cual la definió como: “... un conjunto de variables predictoras del desempeño... que están articuladas con el potencial interno de la persona, y que le posibilitan ser productiva en un determinado contexto” (Rey-Gamero, A. C. & Acosta-Ramírez, N., 2013). McClelland fue motivado por el inconformismo que él tenía respecto a las evaluaciones tradicionales de aptitudes académicas, de conocimientos generales, que no podían predecir el rendimiento laboral del estudiante cuando se graduara y entrara en el mercado laboral; por lo tanto diseñó los modelos de competencias en donde estudió a los profesionales en su ámbito laboral y evaluó la eficiencia de ellos respecto a características tales como empatía, intuición, autocrítica, percepción de la realidad, entre otros, concluyendo que poseer los conocimientos

es necesario pero no suficiente para el correcto desempeño laboral del profesional actual (Moran-Barrios, J., 2013).

Entonces tenemos que la aplicación de las competencias como es herramienta usada para la educación y la capacitación, como un modelo de innovación pedagógica que poco a poco se ha ido incluyendo en diferentes tipos de currículos –el currículo se compone de: los contenidos, los logros, la metodología que se implementará y la evaluación (Champin, D., 2014)–, en donde el concepto refiere a la idea del aprendizaje significativo, siendo el conocimiento llevado a la habilidad y actitud que se requiere para ejecutar una tarea de manera inteligente en un entorno real. Se pueden clasificar las competencias por la forma en que se aprenden y desarrollan en: profesionales, laborales y académicas (UNESCO, 2009).

Con el enfoque en la salud, la OPS define las competencias como: “... características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole (Organización Panamericana de la Salud, 2008). La educación con el enfoque de competencias expone que, los problemas y situaciones de un contexto social se pueden resolver con un saber interdisciplinario y experto, y no solo con un cúmulo de conocimientos disciplinares, por más sólidos que estos sean (Zúñiga Meléndez, A., Leiton, R., & Naranjo Rodríguez, J. A., 2014).

De acuerdo a Franco Giraldo, los profesionales de la salud deben recibir una formación multidimensional, adaptándolos en diferentes espacios desde lo nacional hasta lo local y comunitario; esta formación por dimensiones se refiere a un objeto de formación desde una escala de mayor a menor: la dimensión macro que tiene un ámbito de intervención de modos de vida y sistemas sociales a partir de los determinantes de salud (enfoque de políticas); la dimensión meso que tiene un ámbito de intervención de condiciones de vida y escenarios locales de salud enfocado en la prevención y contención del riesgo sanitario (enfoque comunitario) y por último la dimensión micro que tiene un ámbito de intervención de estilos de vida y los servicios de salud, enfocado en el cuidado familiar y el autocuidado (Franco-Giraldo, Á., 2015).

Se espera que en el proceso de enseñanza aprendizaje, la APS se profile como un eje articulador de la integralidad dentro del modelo con enfoque por competencias y alcance su énfasis en la mirada de una Salud Integral,

requerida en los futuros profesionales como agentes del cuidado de la Salud y expresada en la Ley 1438 de 2011 como la estrategia para mejorar el sistema de salud en Colombia.

Debido a la importancia de evaluar y realizar seguimiento a la adquisición y desarrollo de competencias de interés en APS, el objetivo fue determinar las competencias cognitivas en Atención Primaria en Salud (APS), adquiridas por los estudiantes de los programas de salud en los diferentes semestres de su formación académica en una institución de educación superior en Cali.

Método

Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo, el cual se planteó desde un macro proyecto por fases, con un muestreo representativo y probabilístico. De un universo poblacional de 3463 estudiantes se seleccionó una muestra representativa de 236 estudiantes de los diversos programas. Se realizó una revisión de micro currículos con temáticas en APS, para generar un instrumento de evaluación de conocimientos, con elementos de preguntas de las pruebas Saber Pro y preguntas relacionadas con APS, realizando prueba piloto para la validación del instrumento de evaluación diseñado por las investigadoras, con elementos del banco de preguntas de las pruebas Saber Pro, que están disponibles en la página del Ministerio de Educación. Adicionalmente, se escogieron otras preguntas, relacionadas con las competencias cognitivas en APS del banco de cuestionarios de los cursos a cargo de las docentes investigadoras y del Departamento de Salud Pública de la Institución de Educación Superior.

Los enunciados de las preguntas se revisaron de acuerdo a los lineamientos de competencias actuales del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), que generan cuatro categorías de análisis propias de la Atención Primaria en Salud como son: Promoción y Prevención; Atención al paciente, el individuo y la comunidad; Administración en salud; y Competencias ciudadanas, con enunciados acorde con los contenidos específicos de APS que se entregan en los ejes de formación (general, de facultad y disciplinar) para los estudiantes de Salud de la Institución de Educación Superior. Se decidió dejar un instrumento tipo cuestionario para ser autoaplicado por cada sujeto, con 30 preguntas cerradas de cuatro opciones con respuesta única, distribuidas en las cuatro categorías de análisis, que permiten evidenciar el logro

de la competencia cognitiva en APS, representadas así: Promoción y Prevención: 12 preguntas (40%), Atención al paciente, el individuo y la comunidad: 12 preguntas (40%), Administración en salud: 3 preguntas (10%), Competencias ciudadanas: 3 preguntas (10%). Esta distribución de las preguntas se basó en los pesos específicos que el ICFES le da a cada categoría dentro de la competencia cognitiva en APS.

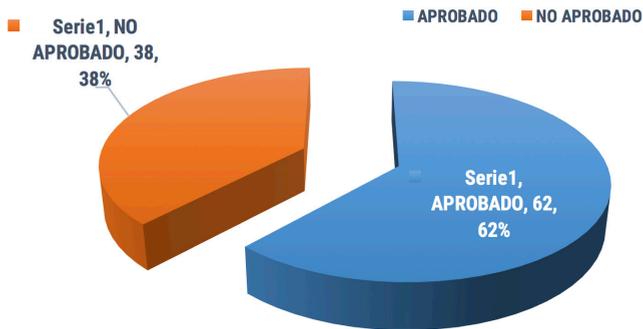
El instrumento depurado y validado fue aplicado a una muestra representativa, seleccionada de manera aleatoria (con reemplazo por el estudiante siguiente en la lista, en caso de que al momento de la aplicación éste no se encontrara en el salón) con el programa Epidat 4.0 a partir de los listados generados por Registro y Control Académico de los matriculados en el departamento de Salud Pública. Los criterios de inclusión eran que el estudiante debía estar matriculado en uno de los programas de salud, ser mayor de 18 años y que este aceptara voluntariamente su participación mediante la firma del consentimiento informado. El instrumento se aplicó en el laboratorio de computación, con el acompañamiento de un docente investigador. Se dieron las instrucciones con el fin de que diligenciaran el cuestionario de manera individual, y de acuerdo a sus propios conocimientos, previo consentimiento informado para su participación, en el que se indicaba que esta no era una evaluación para los cursos en los que estaba matriculado, que no era calificable y que era anónima. Una vez aplicado el cuestionario se realizó la tabulación de las respuestas, asignando un valor de cero a cada respuesta incorrecta y de uno a cada respuesta correcta. Se valoró también la proporción de respuestas correctas por categoría de análisis, considerando aprobatorio un resultado de 60% o más respuestas correctas. El análisis de resultados se valoró además por semestre de formación, con el fin de evaluar si existían diferencias en los resultados de acuerdo al nivel de formación alcanzado al momento de la recolección de información.

En el proyecto se dio cumplimiento a la legislación en temas de investigaciones con seres humanos, contó con consentimiento informado, dando cumplimiento a los principios bioéticos (participación voluntaria, privacidad y confidencialidad, retiro en el momento que lo desee) y contando con aval del Comité de Ética institucional de la Universidad.

Resultados

Con relación a la frecuencia de aprobación de la prueba de conocimientos aplicada a los sujetos de estudio, se encontró que un 63% de ellos aprobaron, tomando como punto de corte para la calificación aprobatoria un porcentaje de respuestas correctas igual o superior a 60%.

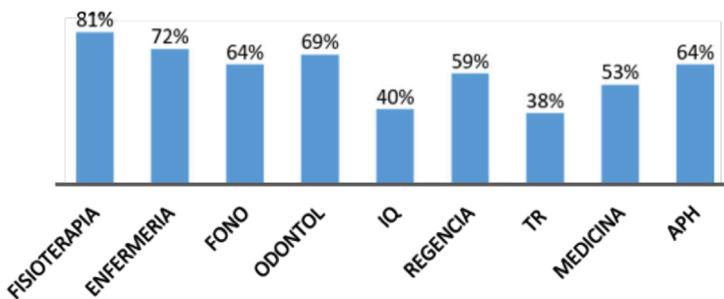
Gráfico 13. Distribución porcentual de aprobación de competencias en APS.



Fuente: elaboración propia (2017).

Al analizar este resultado según la carrera cursada, se encontró que la carrera con mejor logro por desempeño fue Fisioterapia con un 81%, seguido de Enfermería con un 72%, mientras que las carreras de Terapia Respiratoria e Instrumentación Quirúrgica tuvieron un bajo desempeño, y Odontología, Fonoaudiología y Medicina, que están en un rango entre 53% 69% de cumplimiento.

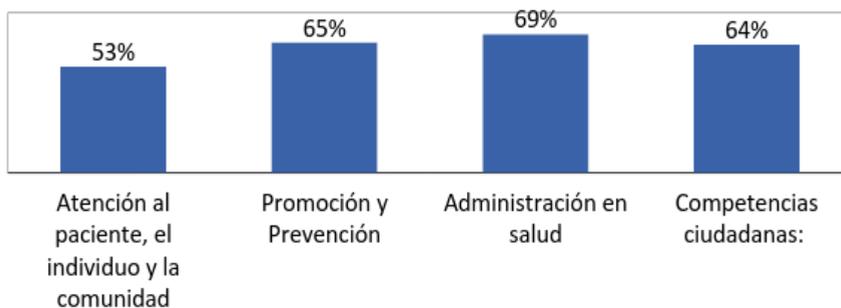
Gráfico 14. Relación de cumplimiento de competencias cognitivas.



Fuente: Elaboración propia (2017).

Al detallar el análisis en las categorías de propuestas en la investigación, la que hizo referencia a Atención del individuo, paciente y comunidad, fue la de menos logro de competencias, siendo de gran peso dentro de las competencias a cumplir por parte del ICFES.

Gráfico 15. Relación logro de competencias cognitivas.



Fuente: elaboración propia (2017).

Discusión

Teniendo en cuenta que no se evidenciaron estudios que evaluaran las competencias cognitivas en APS en la formación de pregrado en salud, se hizo necesario que las investigadoras diseñaran un instrumento que permitiera evaluar las competencias cognitivas en APS que debe tener el talento humano en salud, a partir de un referente internacional como es la OPS que sustenta su postura frente a la formación médica orientada hacia la APS, donde evidencia los problemas existentes respecto a la inadecuada preparación que tienen los médicos para trabajar en el contexto de APS. A esto se suma el sondeo en América Latina, que concluyó que en las universidades existe un débil componente de evaluación de competencias en esta estrategia debido a que los aspectos analizados se enfocan en evaluar especialmente los aspectos clínicos (Franco-Giraldo, Á., 2015).

Desde el contexto general de competencias en APS de los estudiantes de salud, se evidencia en la revisión de investigaciones, la falta de estudios que permitieran identificar las competencias cognitivas en APS que tienen los estudiantes en pregrado de salud, enfocados especialmente en APS. Es importante resaltar que desde la misma aprobación de la Ley 1438 del 2011 (Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011), Colombia asume e incorpora

una política pública que acoge la estrategia de APS como una responsabilidad importante en la prestación de sus servicios y en la incorporación de agentes a las Redes Integradas de Salud. De allí que la formación de talento humano en salud debe integrar las competencias en APS, considerar las políticas públicas, las realidades sociales de la población y sus ciclos vitales. Consecuente a esto las IES deben profundizar en esta temática desde la aplicabilidad y evaluación del conocimiento del talento humano que están formando de acuerdo a los resultados obtenidos, que aunque el 62% haya aprobado (Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011).

Heriberto Fiuza Sánchez en su estudio “Una formación de valores en la práctica de atención primaria en salud con estudiantes de odontología”, denota que las acciones que propone el Sistema Único de Salud (SUS), dependen de la valorización de la Atención Primaria en Salud (APS) (Fiuza Humberto, C. J., 2012).

La APS más que un modelo de organización sanitaria, responde a la salud de los ciudadanos como derecho y no como un privilegio; por tanto, ha de ser el eje principal de las políticas de salud y educación de una nación y la academia está llamada a reorientar la formación del talento humano en este sentido (World Health Organization. Primary health Care, 1978). De acuerdo a los resultados, al análisis por categorías de propuestas en la investigación, la que hizo referencia a Atención del individuo, paciente y comunidad fue la de menos logro de competencias, siendo esta de gran peso dentro de las competencias a cumplir por parte del ICFES, razón por la que se debe trabajar para fortalecer dichas competencias (Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2007).

Conclusiones

Esta investigación proporciona una perspectiva general de las competencias cognitivas en los estudiantes de salud a cerca de la atención primaria en salud – APS, permitiendo concluir:

- Las competencias en las categorías específicas de APS, no fueron alcanzadas por los estudiantes, siendo indispensable el logro de las mismas dentro de un modelo de salud basado en APS, como sucede en Colombia, en donde se busca la eficiencia de los servicios de salud y la equidad en la distribución de recursos, respondiendo a que la salud es un derecho fundamental;

por tanto, ha de ser el eje principal de las políticas de salud y en ellas la academia tiene un rol fundamental, en la formación del talento humano.

- Al interior de los planes de curso en cada programa de salud se determinó que temas de APS están inmersos en varios cursos, pero como un curso completo de competencias en APS no es claro, ni para el documento como tal, ni para los resultados obtenidos, existiendo así debilidades más marcadas en unos programas.
- A pesar que el 63% alcanzó las competencias grupales, al analizar las categorías, las competencias específicas una de las cuales es la Atención del individuo, paciente y comunidad fue la de menos logro; igual la de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Las competencias generales con enfoque social tuvieron un mejor desempeño. Estos resultados para las investigadoras son bajos.
- Se puede concluir que los estudiantes tienen el conocimiento, pero no es claro en el hacer e identificar cuando lo hacen; se llega a concluir que existe debilidad en la conceptualización brindada.

Recomendaciones de los autores

- Para que la Atención Primaria – APS pueda actuar como eje articulador del sistema de salud es preciso que su talento humano tenga una sólida formación que le permita responder oportuna y efectivamente a las necesidades de la población. Tal responsabilidad implica capacidad para trabajar en equipo, conocimientos técnicos para brindar atención médica apropiada y habilidades para comunicarse con los otros miembros del equipo y con la comunidad. Y tan importante como lo anterior, el talento humano que brinde estos servicios debe ser líder y tomador de decisiones que conozcan y entiendan los beneficios potenciales de la APS, no sólo en términos de mejora del estado de salud de la población, sino también contribuyendo a un funcionamiento más eficiente del Sistema de Salud.
- Continuar con investigaciones de evaluación de competencias, que permitan correlacionar los planes de curso con las competencias en APS de manera transversal, indagando más desde el enfoque de la OPS en atención primaria, como son el acceso y la cobertura universal, políticas y programas que fomenten la equidad, recursos adecuados y sostenibles, acción intersectorial, organización y gestión óptima, primer contacto y mecanismos activos de participación.

Referencias bibliográficas

- Acosta, K. R.-N. (2013). *El enfoque de competencias para los equipos de APS*. Bogotá.
- Champin, D. (2014). Evaluación por competencias en la educación médica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(3), pp. 566-571.
- Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá Colombia: Superintendencia Nacional de Salud.
- Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá Colombia.
- Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J. A., Sánchez Pérez, Y., Rodríguez Cruz, R. (2014) Reflexiones sobre el desarrollo histórico social de la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Jun 08]; 30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200011&lng=es.
- Díaz Barriga, Á. (2006). El enfoque de competencias en la educación: ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? *Perfiles educativos*, 28(111), 7-36. Recuperado en 07 de junio de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982006000100002&lng=es&tlng=es.
- Fiuza Humberto, C. J. (2012). La formación de valores y la práctica de APS con estudiantes de odontología. *Revista acta bioethica*: 18(1), pp. 101-109.
- Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). (Spanish). *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 33(3), 414-424. doi:10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al (2011) Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Rev Peru Med Exp y Salud Pública* [serie en internet]. 2011 [consultado el 28 de junio de 2014]; 28(2): 337-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf>
- González González, M. y Ramírez Ramírez, I. (2011) La formación de competencias profesionales: un reto en los proyectos curriculares universitarios. *Odiseo, revista electrónica de pedagogía*, p 8 (16).
- Magaña-Valladares, L., Suárez-Conejero, J. E., Hernández-Ávila, M., & Gudiño-Cejudo, M. R. (2014). La Escuela de Salud Pública de México: innovación

- educativa y tecnológica en el nuevo milenio. (Spanish). *Salud Pública de México*, 56(6), 660-665.
- Moran-Barrios, J. (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. (Spanish). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 385-405. doi:10.4321/S0211-57352013000200011
- OPS. OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Diana Hopkings Editores
- Organización Panamericana de la Salud –OPS– (2008). La renovación de la atención primaria de salud de las Américas: sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud, estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS; 2008
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, 2007. p. 17
- Rey-Gamero, A. C., & Acosta-Ramírez, N. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 28-39
- Risco de Domínguez, G. (2014a). Diseño e implementación de un currículo por competencias para la formación de médicos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(3), 572-581.
- Risco de Domínguez, G. (2014b). Educar por competencias a los profesionales de la salud para transformar la salud. (Spanish). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(3), 413-416.
- Salas-Zapata, W. (2012) Formación por competencias en educación superior. *Rev IA de educación* [serie en internet]. 2012 [consultado el 28 de junio de 2014];36(9): [11 pp]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1036Salas.PDF>
- UNESCO. (2009). Conocimiento complejo y competencias educativas. IBE Working Papers on Curriculum Issues N° 8. Geneva, Switzerland. Disponible en: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/Working_Papers/knowledge_comp_et_ibewpci_8.pdf
- Universidades Promotoras de la Salud/OPS (2005). Carta de Edmonto para Universidades Promotoras de la Salud e instituciones de Educación Superior. II Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Octubre de 2005. Alberta. Canadá

- Universidades Promotoras de la Salud/OPS (2011). Guía para Universidades Saludables. V congreso Mundial y I congreso Nacional. San José de Costa Rica octubre de 2011. Costa Rica.
- Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P. A., Restrepo Vélez, O. (2009). *Atención Primaria Integral de Salud: Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, 2009
- World Health Organization. (1978). Primary health Care. *Alma-Ata: "Health for All" Series*, N° 1, 1978. Geneva.
- Zúñiga Meléndez, A., Leiton, R., & Naranjo Rodríguez, J. A. (2014). Del sistema educativo tradicional hacia la formación por competencias: Una mirada a los procesos de enseñanza aprendizaje de las ciencias en la educación secundaria de Mendoza Argentina y San José de Costa Rica. *Revista Eureka Sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 11(2), 145-159. doi:10498/15972

Una mirada a la práctica profesional de enfermería en el Valle del Cauca – Colombia⁵

A look at the professional practice of nursing in Valle del Cauca – Colombia

Estela Rodríguez Torres

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-4911-627X>

Neffer Arizala Valencia

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-8232-3142>

Ibama Sarria Campo

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-7794-0215>

Johana Rebeca Soler Torres

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-4030-571X>

Maritza Campo Viveros

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-5454-9881>

Nayibi Riascos Rojas

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-0091-290X>

María Ximena Medina Noreña

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-1161-2008>

Janeth Larrahondo Vásquez

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-6207-2577>

5 Investigación del Grupo de Investigación Cuidado de la Salud, con apoyo del Programa de Enfermería de la USC y el Tribunal de Ética de Enfermería del Sur Occidente Colombiano.

Cita este capítulo

Rodríguez Torres, E.; Sarria Campo, I.; Campo Viveros, M.; Medina Noreña, M. X.; Arizala Valencia, N.; Soler Torres, J. R.; Riascos Rojas, N. & Larrahondo Vásquez, J. (2020). Una mirada a la práctica profesional de enfermería en el Valle del Cauca – Colombia. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 99-121). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Resumen

Objetivo. Caracterizar el estado de la práctica de enfermería con respecto a la formación, aplicación del proceso enfermero, modelos- teorías, dificultades y/o barreras en algunas instituciones de salud públicas y privadas en el Valle del Cauca.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo transversal con muestreo probabilístico estratificado en 202 profesionales de enfermería, aplicando encuesta semi estructurada.

Resultados. Participaron profesionales de ambos géneros, quienes laboran en diferentes servicios de atención presentando debilidades en la aplicación de los modelos, teorías y el proceso de atención de enfermería debido a las dificultades laborales para ser aplicados; como la sobrecarga laboral y la falta de tiempo.

Conclusiones Los aportes del estudio permiten incidir en los procesos de formación y cualificación de enfermería en la ejecución de sus prácticas profesionales y re direccionar su qué hacer actual para el Valle del Cauca.

Palabras clave: procesos de enfermería, atención de enfermería, enfermería práctica, formación recurso humano.

Abstract

Objective. To characterize the state of nursing practice regarding training, application of the nursing process, models-theories, difficulties and/or obstacles in some public and private health institutions in Valle del Cauca.

Materials and methods. Descriptive cross-sectional study with a stratified probabilistic sampling of 202 nursing professionals, applying a semi-structured survey.

Results. Participation of professionals of both genders, who work in different care services and who present weaknesses in the application of models, theories and the process of nursing care, due to the job difficulties to be implemented; Such as work overload and lack of time.

Conclusions. The contributions of the study allow to influence the processes of training and qualification of nursing in the execution of their professional practices and to re-address their current work for Valle del Cauca.

Keywords: nursing process, nursing care, nursing practical, staff development.

Introducción

La enfermería tiene sus propios modelos y teorías, los cuales son de suma importancia al ser directrices que permiten estructurar y organizar el conocimiento para llevarlo a la práctica; mejoran la comunicación entre los profesionales de enfermería al proveer una base común de pensamiento, una unidad de lenguaje y de propósito, que favorece la continuidad, eficiencia y eficacia en el cuidado y fomenta un cuerpo de conocimientos que fundamentan su disciplina (Parra, López, Ruiz, Peláez, Sabater, Luque, et al 2006; McKenna, 1993). Ésta es utilizada como base y herramienta para los diferentes cuidados que se prestan, de acuerdo a los escenarios donde se desarrolla la práctica contribuyendo a brindar una mejor orientación hacia el cuidado y la práctica de la profesión (Kozier y Erb, 1992). Cuidar, más que una acción es una forma de ser, cuidar es por tanto mantener la vida asegurada, la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la conservación de la vida del individuo afectado (Richard y Amarjoram. 2007)

Watson (1989) expresa que la enfermería es la ciencia y la filosofía de cuidar, cuidar-cuidado holístico, el cual promueve el mecanismo de salud y calidad de vida; el holismo no solo comprende la parte física, si no las más altas manifestaciones del espíritu humano. Los modelos y teorías de enfermería permiten crear la identidad, el reconocimiento y la autonomía en el ejercicio profesional; además permiten organizar y articular el conocimiento y así relacionarlo con la práctica asistencial, ofreciendo un marco referencial para el desarrollo profesional. Cuentan con un conocimiento propio, una estructura sintáctica y conceptual específica que sostienen y fortalecen la práctica disciplinar y profesional (ACOFAEN, 2006). Comprende además el proceso de enfermería (PE) que es un método sistemático y organizado que sirve para administrar cuidados a partir de la identificación y el tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos e identificar las alteraciones reales o potenciales (Pérez, Sánchez, Franco y Ibarra, 2006)

Los modelos y teorías en enfermería son aproximaciones conceptuales; representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos, los métodos de enfermería y la forma particular de abordar los sujetos de cuidado. Las teorías reflejan las diferentes visiones de sus autores sobre la profesión de la enfermería, cómo observan la salud, cómo interacción con el medio ambiente y cómo se relacionan en su dominio social (Fawcett, 1999); son construidas a partir de conceptos, definiciones, modelos y proposiciones (George, 1999). Si bien es cierto que Nightingale creó un modelo teórico donde planteaba que la función de la enfermera consistía en seguir orientaciones y órdenes de los médicos y no tomar decisiones independientes (Rodríguez, Ruiz y Rodríguez, 2007), la profesión de enfermería viene desarrollándose y ha tenido una rápida evolución hasta alcanzar un cuerpo doctrinal de conocimientos propio de una disciplina académica. (Marriner y Raile, 2000). Existe una gran variedad de modelos conceptuales o grandes teorías dada la complejidad de la práctica y las escuelas que han influenciado el pensamiento de la enfermería (Monti y Tingen, 1999).

En el mundo se han investigado las prácticas de enfermería, con la aplicación de diferentes modelos y teorías. Sin embargo, algunos profesionales, con la pérdida del interés asocian la aplicación de modelos con la elaboración de planes de cuidado que demandan una cantidad de tiempo que no tienen a su disposición, por el elevado volumen de pacientes que tienen a cargo (Gunther, 2002). En la realidad no es claro para las enfermeras, que los modelos son esquemas mentales que orientan la práctica y constituyen un aspecto esencial de su pensamiento lógico para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de las personas (Wimpenny, 2002). Si bien esta situación no puede generalizarse, el panorama es complicado, la reforma del sector salud en Colombia ha influido negativamente en el rol que la enfermería cumple en el país; la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) explica en parte el problema (ACOFAEN, 2006), cuando expresa que si bien son indiscutibles las repercusiones que ha tenido la reforma de los servicios de salud en Colombia para el ejercicio de todos los profesionales que laboran en esta área, no se puede desconocer que de alguna manera las facultades de enfermería tienen una cuota de responsabilidad en esta situación. Es posible que, aunque la meta sea desarrollar competencias para el cuidado de enfermería, con liderazgo y gestión, muchos docentes no estén empapados con el tema disciplinar y de esa manera es difícil que puedan transmitir a sus estudiantes el interés y la importancia para desarrollar ese conocimiento (Armendáris,

Ortega y Pérez, 2007). Fergusson (2005) argumenta cómo en la práctica de enfermería influyen variados factores; como el caso de las enfermeras que cada día y con mayor frecuencia desarrollan actividades de carácter administrativo que ocupan la mayor parte de su tiempo. Los profesionales de enfermería han delegado en el personal auxiliar el cuidado directo de las personas que, hasta hace poco, era una actividad primordial por ser la fuente principal de su conocimiento. La falta de oportunidades o de tiempo para brindar cuidado a otros, empobrece el desarrollo disciplinar y este puede ser uno de los factores que ha influido a que se desdibuje la práctica del cuidado holístico y sea cada vez más notoria la falta de reconocimiento social y de autonomía de los profesionales de enfermería.

Cuando la teoría de enfermería se aplica en un entorno clínico, su principal contribución es facilitar la reflexión, la indagación y el pensamiento sobre la importancia del profesional de enfermería en su práctica asistencial. Los Modelos de Práctica de Enfermería (MPE) constituyen las vías en que las enfermeras convergen en la consecución de los objetivos asistenciales y como afirma Orihuela (Orihuela Pérez, 2007), constituye representaciones multidimensionales de la estructura y contexto que se dan en el ejercicio de la práctica clínica de cualquier grupo de enfermeras. El estudio de la práctica de enfermería debe extenderse al entorno que rodea las intervenciones, y que, junto a éstas, influye directamente sobre los resultados clínicos y, consecuentemente, sobre los institucionales. Kron (1983), plantea tres modelos de organización de la práctica de enfermería como los de asignación primaria, por equipos y funcionales. Varias han sido las teorías publicadas que intentan caracterizar y cuantificar las cualidades de estos MPE para facilitar su estudio, como el de Multi-Attribute Utility realizado por Brennan y Anthony (2000) el cual evalúa once indicadores de la práctica de enfermería: continuidad de cuidados, participación en la gestión y toma de decisiones, colaboración, liderazgo, entorno de aprendizaje, rol del enfermero, recursos humanos, comunicación, especialización, orientación de personal nuevo de ingreso y compromiso de grupo (Gómez y Morales, 2004).

Para el ejercicio profesional son requeridos y deben tenerse en cuenta los modelos de enfermería como un conjunto de conocimientos y valores, que determina la forma en que estos de manera individual y en grupo trabajan con sus pacientes (Rodrigo, Fernández y Navarro, 2005). Los modelos ayudan a los profesionales a organizar su pensamiento acerca de la enfermería y después a realizar su práctica de una manera ordenada y lógica que le permita avanzar a todo el equipo que lo conforma, cumpliendo con las necesidades de cada paciente (Hogston y Marjoram, 2008). Existen diferentes formas para agrupar la atención que brinda

el personal de enfermería; entre ellas se pueden distinguir al menos cuatro tendencias generales de modelos ya existentes. Esta clasificación propuesta por Paul Beck es la siguiente, la tendencia ecologista: Florence Nightingale; la tendencia existencialista: H. Peplau, G. Ujhely, J. King, N. Roper, M. Levine y C. Roy; la tendencia cósmica: M. Rogers y la tendencia sociológica: A. Meleis y D. Orem (Del Gallego y Hernández, 2013). La enfermería de práctica avanzada se caracteriza por ofrecer un nivel que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento de enfermería a fin de responder a las necesidades de los pacientes en el dominio de la salud. Esta práctica avanzada es ya un hecho en países como Estados Unidos y Canadá y se consolida gracias al desarrollo de diferentes estructuras organizacionales, educacionales y de investigación (Ramírez, 2002). Está concebida como el espacio para transferir los conocimientos adquiridos a partir de los procesos y estrategias pedagógicas: teóricos, conceptuales, de indagación, búsqueda y formación de espíritu investigativo, con lo cual buscan un aprendizaje significativo con el enfoque de aprender – haciendo, el cual requiere de la reflexión, comprensión y construcción de sentido para lograr la apropiación de conocimientos y el desarrollo de un pensamiento estructurado y crítico (Fawcett, 2005) (Bello Fernández, 2006)

La enfermería como profesión se consolida aplicando el proceso de enfermería (PE), siendo este un método científico con el cual se identifica y unifica la profesión ayudando a lograr su propia autonomía. Al aplicarlo capacita al enfermero para utilizar sus conocimientos de manera independiente en el área comunitaria y clínica (Marriner y Raile, 2000) (Bello, 2006). Según Cash (2001) la autonomía clínica en la profesión de enfermería se considera como la capacidad de autogobierno, de decidir la libertad como un derecho personal y social. Ésta autonomía clínica está vinculada con un principio ético a considerar en el desempeño profesional de la Enfermería que es el de la no maleficencia (Consejo Internacional de Enfermeras, 2012).

En Colombia se han aplicado en la práctica clínica y en la investigación los modelos conceptuales de Calixta Roy; el de Dorothea Orem, Martha Rogers, Dorothea Jhonson, Betty Neuman, Nola Pender y Madeleine Leininger. Igualmente, teorías y filosofías de enfermería. Al igual teorías de mediano alcance, como las enuncia ACOFAEN (2006). En Colombia para el ejercicio legal de enfermería de acuerdo con la Ley 266 de 1996 (República de Colombia. Congreso de Colombia, 1996)) es considerada

como una profesión liberal y una disciplina de carácter social. Ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial con sus conocimientos y habilidades científicas.

Materiales y métodos

Estudio de tipo descriptivo, transversal que tiene el objetivo de caracterizar el estado de la práctica de enfermería en el Valle del Cauca con respecto a la formación, aplicación del proceso de enfermería, modelos-teorías, dificultades y/o barreras en el ejercicio profesional. Llevándose a cabo la investigación en algunas instituciones de salud públicas y privadas del Valle del Cauca, la población está constituida por 202 profesionales de enfermería que se encontraban laborando y voluntariamente aceptaron participar del estudio, efectuándose un muestreo probabilístico estratificado proporcional (Fleiss, 1981). En tres regiones de Valle del Cauca: sur, norte y centro. Presentando mayor concentración del personal en la región sur motivo por el cual es mayor en ella los participantes del estudio. Los investigadores seleccionaron entidades de los diferentes niveles de complejidad con habilitación institucional (República de Colombia. Ministerio de Salud, 2002) (República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2006) tanto del sector público como del privado. En cada una de las instituciones de salud fue obtenida autorización para llevar a cabo el estudio siendo el 19% de complejidad baja y el 81% de media y alta complejidad

Se utilizó una encuesta semi-estructurada, auto diligenciada, de 45 preguntas; explorando variables socio demográficas y laborales: edad, género, cargo, servicio, tipo de contrato, vinculación, nivel de complejidad, entidad, ejercicio profesional, personal a cargo, tiempo laboral, universidad de egreso, fecha egreso pregrado y estudios de postgrado. Variables acerca de la adquisición y conceptos de los conocimientos sobre: proceso enfermero, modelos y teorías; igualmente sobre las intervenciones de cuidado específicas de enfermería, abordadas desde aspectos asistenciales y administrativos en las actividades diarias de atención. Fue evaluado el instrumento para la validez de contenido por expertos en enfermería para posteriormente realizar la prueba piloto. Es acogida en el estudio la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1989); para el cumplimiento de la normatividad vigente en

Colombia se tuvo en cuenta el Código Deontológico de Enfermería Ley 911 (Congreso de Colombia, 2004) y la Resolución 008430 del Ministerio de Salud (Colombia. Ministerio de Salud, 1993).

El recorrido para el trabajo de campo, fue realizado por los investigadores en las diferentes regiones del Valle del Cauca para aplicar la encuesta en los lugares de trabajo; brindando información de los propósitos del estudio y firmando el consentimiento informado previo a su participación. La información obtenida se usó de forma exclusiva para el cumplimiento del propósito de la investigación, teniendo acceso sólo los investigadores. Después de recolectada la información y ordenados los datos se procedió a su diligenciamiento en una base de datos y tabulación para la cual se empleó el programa de Microsoft Excell 2007; para el análisis de la información fue utilizada estadística descriptiva empleando Epi Info 7 (Epi InfoTM 7, 2013).

Resultados

Los profesionales de enfermería en el departamento del Valle del Cauca participantes del estudio, laboran en diferentes entidades: en las públicas un 48% y en las privadas el 52%. El volumen mayor de contratación de enfermería con un 68.8%, es en el nivel de alta complejidad, en comparación con los de baja complejidad que son sólo el 18.8%. La actividad laboral corresponde a la dedicada a las actividades asistenciales en una mayor proporción con el 81.1%. La contratación a término indefinido sólo es del 45%, situación que refleja las condiciones precarias en la vinculación laboral actual; ocho de las personas estudiadas laboran en dos lugares con contrataciones diferentes, el 93.1% de los contratados tienen personal a cargo.

Se desempeñan en diferentes servicios de hospitalización, servicios ambulatorios e incluye además la atención en casa y trabajo en ventas. De acuerdo con el rol del cuidado se observa (Ver Tabla 9) que algunos de los profesionales participantes del estudio se encuentran en labores de la gestión administrativa; el 11.9% están dedicados a ser coordinadores, supervisores, jefes de área o jefes de departamento de enfermería. La mayoría labora en cuidado directo, un 32.7%, que se dedica a los servicios de hospitalización para adultos, como también en las unidades de cuidado

intensivo e intermedio de adultos (UCI-IM adultos) en un 15%; la atención hospitalaria pediátrica y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI-IM pediatría) cubre el 5.9%.

Tabla 9. Servicios donde laboran los profesionales de enfermería del estudio.

Servicios	Frecuencia	%
Hospitalización adultos (urología, quemados, terapia dialítica, gineco - obstetricia, sala de partos, quirúrgicas, medicina interna, ortopedia, psiquiatría, inyectología, nefrología, unidad renal)	66	32.7%
Hospitalización pediátrica (medicina interna, quirúrgicas, recién nacidos)	8	3.9%
Urgencias (pediátricas, adultos)	13	6.4%
Cirugía (pediátrica/adultos)	15	7.4%
UCI-IM pediátrica	4	2.0%
UCI-IM adultos	30	15.0%
Promoción y prevención (hospitalaria y ambulatoria)	20	9.8%
Consulta externa (hospitalaria y ambulatoria)	6	3.0%
Calidad, educación, banco de sangre, vigilancia epidemiológica	4	2.0%
Coordinadores, supervisores, jefes de área, jefe departamento enfermería	24	11.9%
Planeación, cuentas, auditoria, facturación, autorizaciones	10	4.9%
Ventas	2	0.9%
Total	202	100.0%

Fuente: Datos del estudio (2017).

Se encontró que los profesionales de enfermería tienen una media de edad de 34 años, la edad mínima es de 21 años y la mayor de 59 años. Continúa con mayor presencia el género femenino con un 89.6% , la mayor proporción en las mujeres está entre los 26 a 30 años con el 24.8% al igual que los hombres con el 28.2%

De acuerdo con la distribución según los años de ejercicio profesional, en su mayor proporción, son jóvenes laboralmente (Ver Tabla 10); la media del ejercicio profesional es de ocho años, presentan una experiencia menor de cinco años de ejercicio profesional en un 56.4%. Se está en una etapa

de cambio generacional en comparación a los profesionales que tienen 21 o más años laborando, que sólo es el 12.8%.

Tabla 10. Distribución según años de ejercicio profesional.

Años	Frecuencia	%
< 5	114	56.4%
6-10	30	14.9%
11-15	13	6.4%
16-20	19	9.4%
21-25	13	6.4%
26 y más	13	6.4%
Total	202	100.0%

Fuente: Datos del estudio (2017).

Fueron formados en pregrado en 23 instituciones de educación superior del país; las tres primeras instituciones en su orden son: Universidad Santiago de Cali, Universidad del Valle y Universidad Libre Seccional Cali. Corresponden estas instituciones formadoras del sector público solamente al 47% de los profesionales y del sector privado el 53%. Estas entidades formadoras del pregrado están en 15 departamentos del país; los tres primeros departamentos son el Valle del Cauca con un 64.9%, Risaralda con el 6.9% y Caldas el 6.4%. En el aspecto formativo de los participantes del estudio sólo el 31.7% tiene estudios de postgrado de los cuales 55 han realizado especializaciones y 9 de maestría.

Con respecto de la adquisición de conocimientos frente al proceso de enfermería los profesionales expresaron en un 97.0% haberlos adquirido durante la formación del pregrado; igualmente el 9.2% de los que los tienen postgrado lo han profundizado en su estudio de especialización. Un 21.9% de los encuestados los han obtenido en cursos de actualización y el 8.7%, expresa que los tienen por su estudio personal. Respecto a la adquisición de conocimientos frente a modelos y teorías en enfermería, opinaron en un 94.1% que los obtuvieron en el pregrado, de los cuales el 7.9% los ha complementado en el postgrado, el 13.2% por cursos de actualización y el 4.7% por estudio personal. Con respecto al conocimiento

de las teoristas de enfermería, los 202 participantes referenciaron una o varias de ellas Presentando mayor conocimiento en su orden a: Dorothea Orem (49.5%), Florence Nightingale (35.1%), Hildegard Peplau (11.4%), Virginia Henderson (8.9%), Madeleine Leininger (6.9%) y en menores proporciones Callista Roy, Martha Rogers, Betty Neuman, Jean Watson, Nola Pender, Dorothy Johnson, Margorie Gordon y Myra Estrin Levine.

En la práctica de los profesionales del estudio expresan lo siguiente: que nunca utilizan los modelos el 28.2%, han aplicado el proceso de enfermería el 23.3%, sólo el 38.1% alguna vez ha utilizado las teorías (Ver Tabla 11). Llama la atención que la media de utilización del proceso de enfermería, los modelos y las teorías “alguna vez en el último mes” está alrededor del 17.5%, siendo inferior al 38.1% que las han utilizado alguna vez en su ejercicio profesional.

Tabla 11. Aplicación durante su ejercicio profesional del proceso de enfermería, modelos y teorías.

n=202 Aplicación	Alguna vez Fr (%)	En el último año Fr (%)	En el último mes Fr (%)	Nunca Fr (%)
Proceso de Enfermería	79(39.1)	41(20.3)	47(23.3)	35(17.3)
Modelos	75(37.1)	41(20.3)	29(14.4)	57(28.2)
Teorías	77(38.1)	40(19.8)	30(14.9)	55(27.2)

Fuente: Datos del estudio (2017).

El personal de enfermería profesional manifiesta tener de una a siete dificultades y/o barreras que generan problemas en su ejercicio laboral; la mayor proporción está comprendida entre tener de una a tres dificultades y/o barreras, un 81.7%; sin embargo llegan a tener más de cinco dificultades el 12.4%. Éstas se presenta por problemas administrativos y en mayor proporción por sobrecarga laboral: un 67.3% (Ver Tabla 12); le sigue las dificultades para trabajar en equipo con un 46.1%. Entre el profesional de enfermería formado para dar cuidado, el 24.8% encuentra limitaciones para realizarlo por dificultades en el tiempo para brindarlo.

Tabla 12. Tipo de dificultades y/o barreras de enfermería durante su ejercicio profesional.

n=202

Dificultades y/o barreras	SI Fr (%)	NO Fr (%)
Sobrecarga Laboral	136(67.3)	66(32.7)
Trabajo en equipo	93(46.0)	109(54.0)
Escasez de personal	86(42.6)	116(57.4)
Autonomía profesional	66(32.7)	136(67.3)
Conocimiento	42(20.8)	160(79.2)
Tiempo para dar Cuidado	50(24.8)	152(75.4)
Otras dificultades	18(8.9)	184(91.1)

Fuente: Datos del estudio (2017).

A continuación se presentan las respuestas del personal profesional de enfermería que se encuentra en contacto directo con los pacientes en los servicios asistenciales. Las actividades corresponden a trabajo específico de enfermería para la gestión del cuidado, presentando debilidades en los aspectos de participación en comités científicos de enfermería y en la presentación de informes de su propia gestión del cuidado a los pacientes. Las labores de elaborar, revisar, actualizar cuidados e interactuar en el cuidado de los pacientes con los integrantes del equipo de salud son las realizadas con más frecuencia con un 72%. Con respecto de dar a conocer la gestión del cuidado sólo el 23.2% lo hace siempre, y nunca lo efectúa el 40.9%. Se presenta una gran ausencia en comités científicos de enfermería: el 31.1% participa algunas veces y el 45.7% nunca lo hace (Ver Tabla 13)

Tabla 13. Actividades asistenciales desarrolladas por los profesionales de enfermería en su actual desempeño laboral.

Actividades n=164	Siempre Fr (%)	Algunas veces Fr (%)	Nunca Fr (%)
Interactúa en los cuidados del paciente con los integrantes de equipo de salud	118(72.0)	32(19.5)	14(8.5)
Elabora, revisa y actualiza planes de cuidado	118(72.0)	20(12.2%)	26(15.9)
Efectúa registros de los cuidados de enfermería en la Historia Clínica	114(69.5)	34(20.7)	16(9.8)
Recibe, dialoga y planea las intervenciones de cuidado al ingreso y/o egreso del paciente	109(66.5)	36(22.0)	19(11.6)
Realiza revista de enfermería y verificación de cuidados	102(62.2)	30(18.3)	32(19.5)
Efectúa procedimientos como toma de muestras de laboratorio, paso de sondas, venoclisis y administración de medicamentos	94(57.3)	42(25.6)	28(17.1)
Participa con la familia en el proceso de cuidado del paciente	83(50.6)	66(40.2)	15(9.1)
Efectúa actividades de higiene, confort, alimentación y movilidad de los pacientes a cargo	82(50.0)	47(28.7)	35(21.3)
Recibe retroalimentación frente a los cuidados de enfermería brindados de parte de su jefe inmediato	75(45.7)	53(32.3)	36(22.0)
Realiza educación continuada al personal a cargo	48(29.3)	95(57.9)	21(12.8)
Participa en comités científicos de enfermería	38(23.2)	51(31.1)	75(45.7)
Realiza informes de gestión del cuidado	38(23.2)	59(36.0)	67(40.9)
Realiza procedimientos técnico-científico especializado, por delegación médica	40(24.4)	67(40.9)	57(34.8)
Elabora cuadro de turnos de personal a cargo	24(14.6)	52(31.7)	88(53.7)

Fuente: Datos del estudio (2017).

En el cuidado a los pacientes a cargo (Ver Tabla 14) aplican el proceso de enfermería realizando valoración un 92.1% de los profesionales, sin embargo un 39% no evalúa la satisfacción de los cuidados brindados y sólo el 71.3% afirma realizar diagnósticos para hacer el plan de cuidados. Las actividades del proceso de enfermería en su aplicación diaria en general lo realizan el 77% de los participantes asistenciales.

Tabla 14. Actividades asistenciales realizadas por los profesionales de Enfermería durante la aplicación del proceso de enfermería.

Actividades asistenciales del proceso de enfermería efectuadas diariamente n=164	SI Frecuencia (%)	NO Frecuencia (%)
Valora pacientes en sus actividades	151 (92.1)	13(7.9)
Dialoga con los pacientes a cargo	150(91.5)	14(8.5)
Prioriza los cuidados a los pacientes a cargo	149(90.9)	15(9.1)
Evalúa las intervenciones de cuidado efectuadas	120(73.2)	44(26.8)
Evalúa la satisfacción de los cuidados brindados	100(61.0)	64(39.0)
Realiza diagnósticos de enfermería a los pacientes atendidos	99(60.4)	65(39.6)
Efectúa los diagnósticos de enfermería para realizar el plan de cuidados	117(71.3)	47(28.7)
Realiza el plan de cuidados de acuerdo con el criterio de enfermería	136(82.9)	28(17.1)

Fuente: Datos del estudio (2017).

Discusión

Considerando lo expresado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2011), Colombia no cumple los estándares internacionales respecto al número de enfermeras recomendado en relación con el número de habitantes. Así, estimaciones del año 2007 señalan que la razón de enfermeras por cada 1000 habitantes es de 0.8; de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), Colombia tiene una razón de 0,5 profesionales en enfermería por cada profesional en medicina.

Las condiciones de trabajo acerca del tipo de contratación y carga laboral de los profesionales de enfermería en la región del Valle del Cauca son similar a lo reportado para Cartagena en un estudio publicado en el 2010 (Milanés Cogollo y Gómez Bustamante, 2010) donde se consideran aspectos deficientes en retribución económica, personal de apoyo, infraestructura física de los puestos de trabajo, materiales y equipos y alta carga laboral. La contratación es así: a término indefinido el 15%, término fijo el 29.9%, cooperativa 43.9%, de prestación de servicios 11.2%; todos tienen personal

a cargo. Igualmente, el estudio de Zapata, con referencia al tipo de contratación (Zapata-Herrera y Zapata-Gómez, 2015), realizado en Medellín sobre condiciones de trabajo muestra lo siguiente: el 51,3 % tenía contrato a término indefinido, 28,6% contrato flexible o con intermediación laboral; en instituciones privadas laboraba el 63,5%, en modalidad de contrato a término indefinido 51%. Con relación a la edad en el presente estudio muestra que un 63.5% son menores de 35 años con formación predominante de pregrado lo que es semejante a lo encontrado en Cartagena en 2010 (Milanés Cogollo y Gómez Bustamante, 2010) y Medellín en 2015 (Zapata-Herrera y Zapata-Gómez, 2015) este último estudio muestra que el 55.1% está entre 25 y 34 años. Solamente el 1.4% tiene estudios de maestría lo cual es más bajo que el encontrado para el Valle del Cauca. Si se tiene en cuenta lo dispuesto por el Concejo Internacional de Enfermería (CIE, 2003) las enfermeras precisan una formación y capacitación inicial y continua adecuada, además de un aprendizaje a lo largo de toda la vida, con el fin de ejercer su profesión de manera competente dentro del ámbito de la práctica profesional. Por ello, la enfermería ha de conseguir que las enfermeras docentes y las enfermeras que gestionan los servicios de enfermería sean enfermeras con experiencia, adecuadamente cualificadas y que comprendan las competencias y condiciones que se requieren para dispensar cuidados de enfermería de calidad.

De acuerdo con los hallazgos del estudio el 81% de los participantes del estudio presenta entre una y tres dificultades y/o barreras en su trabajo; varias son las circunstancias que inciden en el desempeño de los profesionales de enfermería. Se hace necesario retomar a Durán (2000) cuando sostiene que la práctica es la expresión de las formas como las enfermeras/os utilizan el conocimiento. La práctica constituye las actividades que las enfermeras/os desarrollan, es la herramienta para manejar los fenómenos de la disciplina. La enfermería requiere adoptar un modelo o teoría; que contribuya al desarrollo y la aplicación del conocimiento en las áreas de investigación, educación, administración y asistencia como una herramienta que permita a la enfermería organizar y comprender lo que sucede en la práctica y analizar las diversas situaciones de los usuarios de un modo crítico. (Borré-Ortiz, Lenis-Victoria, Suárez-Villa y Tafur-Castillo, 2015). Para las enfermeras es necesario cuestionar su accionar, intentando contemplar la acción de cuidar sin minusvalorar la fundamentación teórica vigente sino por el contrario perfeccionándola. La investigación en enfermería está llamada a ir elaborando procedimientos metodológicos que faciliten a los profesionales, elementos que contribuyan

a liberarles de la rutina de hacer siempre lo mismo y del mismo modo (Vásquez Truisi, 2011).

En el estudio, los profesionales responden: nunca ha utilizado el proceso de enfermería el 17,3%, los modelos sólo un 28,2% y las teorías el 27.2%. Al analizar el estudio realizado en Villavicencio con 48 enfermeros, en cuatro instituciones en el 2008 (Gutiérrez, 2008), se encontró que la falta de tiempo durante el turno, dedicarse a la administración de medicamentos y llevar más de cuatro años en el ejercicio profesional son factores determinantes para la no aplicación del proceso de enfermería. Igual en el estudio en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) realizado en Medellín en 65 profesionales de enfermería en el 2007 (Rojas and Durango, 2010)) planean con base en el diagnóstico médico, que se otorga importancia al proceso de enfermería como elemento que da identidad profesional; no obstante, no lo incorporan como metodología para el cuidado. También en Medellín se efectuó otro estudio en el 2012 (Duque, 2014) para verificar los factores que favorecen o dificultan la aplicación del proceso enfermería en 43 profesionales de enfermería del área asistencial, mostrando que sus mayores obstáculos fueron el tiempo y la sobrecarga laboral debidos a las múltiples tareas asignadas. El distanciamiento en la aplicación del proceso de enfermería es una realidad que va en detrimento de fomentar un cuidado efectivo y autónomo (Alfaro-Lefevre, 2003). Esta situación se presenta también debido al desconocimiento y la poca relevancia para el desempeño profesional encontrada en el actual sistema de aseguramiento en salud para Colombia, aunado a las deficientes condiciones de formación con los actuales modelos y teorías. En Colombia, la discusión sobre la pertinencia o no de adoptar una teoría de enfermería aún está vigente; las posiciones se encuentran entre quienes opinan que una teoría encasilla el conocimiento de enfermería en detrimento de la pluralidad y los que señalan que los modelos y teorías son producto de la realidad norteamericana que difiere de nuestro contexto sociocultural. (López Díaz, 2003). La falta de oportunidades o de tiempo para brindar cuidado, empobrece el desarrollo disciplinario y este puede ser uno de los factores que lamentablemente ha influido a que se desdibuje la práctica del cuidado holístico y sea cada vez más notoria la falta de reconocimiento social y de autonomía de los profesionales de enfermería (Tapp, Stansfield y Stewart, 2005).

En la academia, como lo expresan Sánchez, Herrera y Socarras (2012) el docente debe revisar su papel en desarrollar su capacidad de mediatizador para dirigir el diálogo de saberes con sus estudiantes y pares académicos,

en una relación dialéctica que facilite reconocer los beneficios del cuidado y los efectos desastrosos de una práctica mediocre. La ontología del cuidado de enfermería conduce a plantear que el interés en la formación en el cuidado de enfermería debe ser ofertado de acuerdo con el contexto social (Rodríguez y Becerra, 2012). Lo cierto es que en América Latina, los profesionales de enfermería, cada vez más, se ocupan primordialmente de las actividades de administración hospitalaria dejando en un segundo plano el cuidado. Esta situación fue analizada por Mesa y Romero en 2010 (Mesa Melgarejo y Romero Ballén, 2010) en un estudio efectuado con entrevistas a profundidad con siete profesionales en el departamento de Boyacá; allí refieren como los nuevos roles en el ejercicio actual han transformado la gestión del cuidado en la administración de los servicios; la relación intersubjetiva, en patrones estandarizados de atención; el acto de cuidado, en acciones técnicas puntuales, y la satisfacción y autoestima profesional, en inconformidades y dilemas éticos y morales frente al rol ejercido (Hinno, Partanen y Vehviläinen-Julkunen, 2011). Las enfermeras identifican poca participación en las decisiones organizacionales, no son tenidas en cuenta, lo que afecta su reconocimiento y autonomía en la institución, aunado a una alta carga de trabajo, como se evidencia en otros estudios (Iliopoulou y While, 2010) (Hu, Chen, Chiu, Shen y Chang, 2010). Esta situación es contraria a lo encontrado en Norteamérica, donde se les da participación en los procesos administrativos de la empresa, se promueven estrategias para retener a las enfermeras con estímulos de competencias profesionales, capacitaciones y cumplimiento de indicadores de productividad y seguridad para los pacientes y para las enfermeras (Mrayyan, 2008) (Porter, 2010).

Conclusiones

El presente estudio pretende llamar la atención no sólo a las entidades académicas formadoras del recurso humano de enfermería en el Valle del Cauca y el país, sino también a las instituciones empleadoras de los profesionales de Enfermería; recalcando en las diferentes situaciones que impiden cumplir los propósitos reales que debe tener la Enfermería como profesión y como disciplina de la salud

En este sentido el estudio refleja la situación de los enfermeros en su desempeño profesional y las diversas dificultades para ejercer la práctica de manera adecuada en la región. Sin embargo, el profesional de enfermería a

pesar de no tener todas las condiciones para ejercer su práctica; desarrolla y aplica el proceso de enfermería, modelos y teorías en las instituciones que así lo permiten presentando beneficios para la población atendida.

Referencias bibliográficas

- Alfaro, R. (2003) *Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración*. 5ª edición. Barcelona: Masson.
- Armendáris, A.G. y Ortega, Pérez, B.M. (2007). Teorías de Enfermería y su relación con el Proceso de Atención en Enfermería. *Synthesis*, 41. Recuperado de: http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/05/12/enfermeria.pdf
- Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN (2006). Directrices para la enseñanza de enfermería en la educación superior. Bogotá D.C: ACOFAEN
- Asociación Médica Mundial (1989). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Hong Kong: 41ª Asamblea Médica Mundial.
- Bello, N. (2006). *Fundamentos de Enfermería*. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Borré, Y.M., Lenis, C., Suárez, M. y Tafur, J. (2015). El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev Cienc Salud*, 13(3):481-491. Recuperado de: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4362>.
- Brennan, P.F. y Anthony, M.K. (2000). Measuring Nursing Practice Models using Multi-Attribute Utility theory. *Research in Nursing&Health*, 23, 372-382. Recuperado de: <https://cwru.pure.elsevier.com/en/publications/measuring-nursing-practice-models-using-multi-attribute-utility-t-2>.
- Cash, K. (2001) Clinical Autonomy and Contractual Space. *Nursing Philosophy* 2001; 2:36-41.
- Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 (1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C., (1993) Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf.
- Congreso de Colombia. Ley 911 (2004). Código Deontológico de Enfermería. Bogotá, D.C., 2004. Diario Oficial No 45. 693.

- Consejo internacional de enfermeras. (2012). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra. Recuperado de: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
- Consejo internacional de enfermeras. (2003). Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Ginebra. Recuperado de: http://www.cnde.es/cms_files/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf.
- Del Gallego, L. R., Hernández, F.J. (2013). *Fundamentos de Enfermería*. 6ª ed. Madrid. CTO.
- Duque, P. A. (2014) Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Univ. Salud*, 16(1): 91-102.
- Durán de Villalobos, M. M. (2000) Aspectos conceptuales del cuidado de Enfermería: Utilidad para la Práctica y la Investigación. Bogotá, III Congreso de Egresados, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Epi InfoTM 7. (2013) Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta.
- Fawcett, J. (2005) *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia (PA): FA. Davis Company
- Fawcett, J. (1999). The state for nursing science: hallmarks of the 20 and 21st centuries. *Nursing Science Quarterly*, 12 (4): 311-318.
- Fergusson, M. E. (2005). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. *Rev Aquichan*, 1(5). Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58/121>.
- Fleiss, J. (1981) *Statistical methods for rates and proportions*. 2ª ed. New York: J Wiley & Sons.
- George, J. B. (1993). *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos para a Prática Profissional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- Gunther, M.A. (2002). Discipline specific determination of high quality nursing care. *Journal of advanced nursing*, 38 (4): 353-59. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11985686>.
- Gutiérrez, O. (2008). Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia. *Avances en Enfermería*, 27(1) 60-68. Recuperado de: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12955/13673>

- Hinno, S., Partanen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *Int Nurs Rev*, 58(2): 255-62. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21554301>.
- Hogston, R. y Marjoram, E.B. (2008). *Fundamentos de la Práctica de Enfermería*. 3 ed. Nueva York: McGraw Hill.
- Hu, Y.C., Chen, J.C., Chiu, H.T., Shen, H.C., Chang, W.Y. (2010). Nurses' perception of nursing workforce and its impact on the managerial outcomes in emergency departments. *J Clin Nurs*, 19(11-12): 1645-53. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20384667>.
- Iliopoulou, K.K, While, A.E. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *J Adv Nurs*, 66(11): 2520-31. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735503>.
- Kozier, B. y Erb, B. K. (1992) *Conceptos y prácticas de la enfermería*. 2 ed. Nueva York, Mc Graw Hill Internacional
- López, A. L. (2003). Cuidando al adulto y al anciano, Teoría del déficit de autocuidado de Orem. *Rev Aquichan*, 3 (1). Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/38/73>
- Malvárez, S, Castrillón C. (2005) Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. *Serie HR Desarrollo de Recursos Humanos*, No 39. Washington D.C; OPS.
- Marriner, A.y Raile, M. (2000) *Modelos y teorías en Enfermería*. España: Ediciones Harcourt, S.A.
- McKenna, G. (1993). Unique theory - is it essential in the development of a science of nursing. *Nurse Education Today*, 13: 121-127.
- Mesa, L. y Romero, M.N. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales Investigación en *Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12 (2): 55-92. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145217280005>.
- Milanés, Z. y Gómez, E. (2010). Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. *Av.Enferm.*, 28(1): 31-38. Recuperado de: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_4.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud. Bogotá D.C. (2013), Recuperado de: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf.

- Monti, E. y Tinggen, M. (1999). Multiple paradigms in nursing science. *Advances in nursing science*, 21 (84): pp. 64-80.
- Mrayyan, M.T. (2008). Hospital organizational climates and nurses' intent to stay: differences between units and wards. *Contemp Nurse*, 27(2): 223-36. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18457522>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Regulación de la enfermería en América Latina. Series recursos humanos para la salud. Washington, D. C: OPS. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16768&Itemid=270.
- Orihuela, I. (2007). *La gestión del cambio al nuevo hospital*. Biblioteca Las casas, 3 (1). Recuperado de: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0209.php>.
- Parra, M., López, S., Ruiz, S., Peláez, D., Sabater, R, M., Luque, M.et al. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*. 16(4):218-21. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-reflexiones-acerca-del-uso-utilidad-13091857>.
- Pedro, J. E., y Morales, J. M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm* ,13 (44-45): 26-31. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S11321296200400010006&script=sci_arttext
- Pérez, M.T., Sánchez, S., Franco, M., y Ibarra, A. (2006). Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 14 (1): 47-50. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=8595>
- Porter, C. A. (2010). Nursing labor management partnership model. *J Nurs Adm*, 40(6): 272-6. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20502196>.
- Ramírez, P. (2002). Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Rev Enferm Clínica*, 12(06). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-enfermeria-practica-avanzada-historia-definicion-13040316>.
- República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266. (1996) Mediante la cual se regula el ejercicio de Enfermería. Bogotá D.C. (1996). Diario Oficial, No. 42710.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043. (2006). Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de

- servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. (Abril 4 de 2006). Diario oficial, No. 46271.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 2309 (2002). Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud. . Bogotá D.C. (Oct 17 de 2002).
- Richard, H. y Amarjoram, B. (2007) *Fundamentos en la práctica de Enfermería*. 3 ed. Nueva York: Mc Graw Hill Internacional
- Rodrigo, L, Fernández, C., y Navarro, V. (2005) *De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. 3 ed. Madrid: Elsevier
- Rodríguez, R. N., Ruiz, V.Y. y Rodríguez T. E. (2007). Influencia del Modelo Nightingale en la imagen de la enfermería actual. *Revista Cubana Enfermería*, 23 (3). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_3_07/enf08307.html
- Rodríguez, E, Becerra, A. (2012) Reflexiones epistemológicas y ontológicas del cuidado. En: Díaz Heredia LP, *El cuidado de enfermería y las metas del milenio*. Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia.
- Rojas, J. G. and Durango, P. (2010). Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Invest. educ. enferm* , 28(3):323-335. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300003&lng=en&nrm=iso.
- Sánchez, M., Herrera, F. y Socarras, M. (2012) La formación de enfermería centra la enseñanza en los valores del cuidado de la vida y la salud. *Colombia Revista Praxis*, 8:138-146. Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/praxis/article/viewFile/39/38>.
- Tapp, D., Stansfield, K. y Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería. *Rev Aquichán*. 5(1): 114-127. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100012&lng=en.
- Kron, E.T. (1983) Liderazgo y administración en enfermería. 5ta ed. Bogotá D.C.: Editorial Interamericana
- Vásquez, M. L. (2011) Cuidar e investigar: desafíos metodológicos en enfermería. *Texto contexto – enferm*, 20(1): 175-183. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100021>.
- Watson, J. (1989) Nursing: Human Science and Luiman Care: A Theory of Nursing. Notwalk, CT: Apleton-Century –Crofs,

- Wimpenny, P. (2002). The meaning of models of nursing to practicing nurses. *Journal of advanced nursing*, 40 (3): 346-354 Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.2002.40.issue-3/issuetoc>. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02376.x
- Zapata, M., y Zapata, N. E. (2015). Condiciones de trabajo de las enfermeras y las formas de contratación en Medellín, Colombia. *Rev Univ. Salud*, 17(2): 212 – 223. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012471072015000200007.

Coordenadas históricas en la elección de una profesión docente. Historia de un desaprendizaje⁶

Historical coordinates in the choice of a teaching profession
History of unlearning

María Isabel Mosquera Ceballos

Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-5084-5138>

Resumen

El objetivo fue interpretar el cómo los eventos políticos, sociales e ideológicos, transversalizan la formación del profesor universitario en aras a la proyección y estructuración del saber manifestado a través del discurso. Éste se logró gracias a la narración de la historia de vida de un docente universitario; el estudio fue de tipo cualitativo, basado en un paradigma interpretativo que empleó la biografía como instrumento. En él, se pudo

6 Artículo de investigación, producto de tesis “La Historia de un Desaprendizaje”, para optar el título de Maestría en Educación Superior. Línea de investigación: Conceptos, saberes y educación superior. La formación del Profesor Universitario en los discursos del campo universitario colombiano. ¿Capacitación o formación?

Cita este capítulo

Mosquera, M. I. (2020). Coordenadas históricas en la elección de una profesión docente. Historia de un desaprendizaje. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 123-145). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

concluir que es el deseo quien mueve al hombre para ubicarse en el qué va a hacer y, sin embargo, no hay algo definitivo en la constitución de él. Se logró distinguir la formación del hombre, mediante la creación de un ideal coherente y determinado por el contexto, de esta manera, la experiencia biográfica construye la forma y sentimiento de un ser individual. En la constitución de su experiencia, el individuo moviliza sus recursos disponibles para aprehender lo que las circunstancias de la vida le ofrecen e integrarlas en su mundo de vida, es decir en el sistema construido de sus representaciones y de sus construcciones cumpliendo con una doble y complementaria operación de subjetivación del mundo histórico y social y de la socialización de la experiencia individual. De esta manera, la actividad biográfica debe ser tomada en cuenta e interrogada en su dimensión antropológica y en la diversidad de sus aspectos –semiótico, cognitivo, psíquico, socio-histórico-, con el fin de ayudar a comprender mejor los vínculos y los mecanismos de producción y de construcción recíproca de los individuos y de las sociedades.

Palabras clave: formación, biografía, saber, lenguaje, docente.

Abstract

The objective was to interpret how political, social and ideological events mainstream university professor training in order to project and structure the knowledge manifested through discourse. This was achieved thanks to the narration of the life story of a university professor; The study was qualitative, based on an interpretive paradigm that used the biography as an instrument. In it, it was possible to conclude that it is desire that moves man to locate himself in what he is going to do and, however, there is nothing definitive in his constitution. It was possible to distinguish the formation of man, by creating a coherent ideal determined by the context, in this way, the biographical experience builds the form and feeling of an individual being. In the constitution of his experience, the individual mobilizes his available resources to apprehend what the circumstances of life offer him and integrate them into his world of life, that is, in the system built of his representations and his constructions fulfilling a double and complementary operation of subjectivation of the historical and social world and of the socialization of individual experience. In this way, biographical activity must be taken into account and interrogated in its anthropological dimension and in the diversity of its aspects -semiotic,

cognitive, psychic, socio-historical-, in order to help better understand the links and mechanisms of production and reciprocal construction of individuals and societies.

Keywords: training, biography, namely language teaching.

Introducción

En la Maestría en Educación Superior de la Universidad Santiago de Cali se ha discutido el siguiente eje investigativo: indagar sobre cómo un profesor universitario llega a serlo, y más aún, comprender cómo se forma y si realmente este proceso se da previo al desarrollo laboral, o es algo que se va estructurando en la medida que se ejerce la práctica docente. Es así, que una investigación macro explica las prácticas académicas y pregunta si se puede formar a los profesores universitarios y porqué hacerlo. Para esto es necesario mirar la historia contemporánea y la formación de los campos universitarios, ya que estos estructuran de una u otra forma al hombre de saber. En fin, se visibiliza la figura del profesor, su realidad y la identidad que le acompaña, que ha sido adquirida y puede estar fundamentada en su historia de vida impresa en sus discursos.

Las experiencias infantiles son importantes porque influyen en el hombre y lo impulsan hacia lo que va a ser. Las situaciones geográficas y épocas también influyen en el hombre; la política y la religión modifican los esquemas mentales en el niño, para luego proyectarse en contextos familiares, sociales y laborales (Cirulnik, 2004; Vigotsky, 1995). De igual manera, la experiencia formativa encontrada en instituciones educativas, públicas o privadas interviene en la estructura cognitiva, gustos y formas conductuales. Es por esto, que para el investigador es importante hacer un seguimiento biográfico de un personaje, interpretando cada evento de la cotidianidad y cómo los eventos políticos, sociales e ideológicos transversalizan la formación del profesor universitario para alcanzar la proyección y estructuración de su saber manifestado a través del discurso.

La biografía que se tomó para esta investigación es de un hombre, docente universitario por más de 20 años en prestigiosas universidades públicas, como la Universidad del Valle y privadas como la Universidad Javeriana y la San Buenaventura; con formación de maestría, escritor de varios artículos publicados en revistas indexadas y autor de dos libros, que se encuentran en librerías nacionales, su historia permitirá hacer este recorrido bio-

gráfico, para esclarecer conceptos de formación y comprender como se forma un docente universitario.

Para la comprensión de este recorrido fue necesario entender realmente que significa “formación”; es así como se encontró que podría entenderse como un proceso por el que se adquiere cultura, y esta cultura misma en cuanto patrimonio personal del hombre culto, sin que se confunda cultura con el conjunto de realizaciones objetivas de una civilización, al margen de la personalidad del individuo. En forma leve “formación” significa “ascenso a la humanidad”; desarrollo del hombre, en tanto hombre.

Gadamer se refiere a “formación” como algo más elevado y más interior; al modo de percibir que procede del conocimiento y del sentimiento de toda vida espiritual y ética y que se derrama armoniosamente sobre la sensibilidad y el carácter. La cultura por su parte, no es desarrollo de capacidades y de talentos que apunta al despliegue del ser de la persona desde su interioridad (Orozco, 2009).

No en vano la idea de formación, tal como se elaboró conceptualmente en el neo-humanismo alemán del primer tercio del siglo XIX, y tal como se articuló narrativamente en el *Bildungsroman*, está pensada en un contexto educativo en el que las humanidades, las letras, constituían el núcleo de la enseñanza. Y en un contexto espiritual en el que el poeta o, en general, el artista, reivindicaba de nuevo, de una forma muchas veces trágica y desesperanzada, su papel en la formación del hombre (Larrosa, 2000).

En esa dinámica, si tratamos de encontrar sentido a un proceso biográfico es necesaria la relación existente entre formación como un estado en el que se involucra el ser, el estar, el sentido y la disposición entre el ser y el estar; puesto que para formarse se requiere de disposición, de saberes específicos. Cuando se logra hay transformación, es decir hay aprendizaje y hay una historia que contar (Beilllerot, Blanchard-Laville, & Mosconi, 1998).

Método

El proceso metodológico corresponde a una investigación que se plantea desde el enfoque cualitativo, específicamente desde el paradigma interpretativo, que considera como importante la comprensión de los fenómenos antes que su explicación. Este enfoque tiene su explicación en los debates que no han dejado de tener lugar en el espacio científico cuya base discursiva

se centra, especialmente, en los problemas de la comprensión/explicación utilizando como herramienta el método biográfico intentando resaltar sus contribuciones, sus ventajas y sus logros (Zambrano Leal, 2005).⁷ Cabe destacar que el uso del método biográfico en las ciencias sociales tiene como objetivo otorgar carácter científico/racional a las biografías, autobiografías, transmisiones orales y documentos personales presentes en la humanidad. Este método además permite la recuperación del actor social como protagonista no sólo de su realidad, sino también del propio proceso investigador.

El uso científico de las biografías conlleva también un cambio en los sujetos. Ya no se trata de historias de grandes personajes, santos, mártires, etc., sino actores sociales protagonistas de preocupaciones y acontecimientos concretos. Esto significa realzar, por un lado, la micro sociología (los acontecimientos cotidianos) y por otro lado, otorgar un protagonismo a los actores sociales en general (Sandoval Casilimas, 1996)⁸. Así, el presente trabajo está enmarcado en los diseños narrativos en donde el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de determinada persona para describirlas y analizarlas. Son de interés las personas en sí mismas y su entorno (Salgado Liévano, 2014)⁹ señala que el diseño narrativo es un esquema de investigación, pero también es una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras.

Los datos se obtienen de autobiografías, biografías, entrevistas, documentos y materiales personales y testimonios; pueden referirse a: (1) Toda la historia de la vida de una persona o grupo; (2) Un pasaje o época de dicha historia de vida o (3) Uno o varios episodios.

El presente trabajo aborda la historia de vida de un profesional, docente a lo largo de los ciclos vitales hasta el momento actual, ahondando en todos los eventos que se correlacionan con el tema central de investigación: concepto, saberes y formación del docente universitario.

Con la información, el investigador analiza diversas cuestiones: la historia de vida, pasajes o acontecimientos en sí; el ambiente (tiempo y lugar)

7 Armando Zambrano Leal. Formación, experiencia y saber. Bogotá: Cooperativa editorial magisterio. Colección semanarium 2005.

8 Carlos Sandoval Casilimas. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Investigación cualitativa. ICFES. Bogotá 1996.

9 Ana Cecilia Salgado Liévano. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Recuperado el 15 de marzo de 2014, de Liberabit-Investigación: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009

en el cual vivió la persona, o sucedieron los hechos; las interacciones, la secuencia de eventos y los resultados (Rojas, 2011).

En este proceso, el trabajo central del investigador consiste en reconstruir la historia de la persona o la cadena de sucesos (casi siempre de manera cronológica: de los primeros hechos a los últimos), para posteriormente hacer una narración bajo la óptica individual con el fin de describir e identificar categorías y temas emergentes en los datos narrados.

Esta narración se realiza bajo el rigor metodológico que la investigación cualitativa ofrece. La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado (Salgado Liévano).

Biografía

En el proceso biográfico se identificaron tres puntos de quiebre que significaron el proceso de formación del docente y protagonista de la historia, estos se describen a continuación con el fin de contextualizar los hechos que llevan a la interpretación.

La primera infancia, el éxodo y la alegría infantil:

En este momento se interpreta la historia de un hombre, psicólogo de 56 años y docente universitario durante quince años. Nacido en junio de 1955 en Toribio - Cauca, pueblo de indígenas, colonos blancos y mestizos, que como la mayoría de habitantes del país en ese momento eran campesinos; vivían del café, del ganado y bajo las condiciones socioeconómicas propias del campo, sin energía eléctrica, ni carreteras, no contaban con sistemas de tratamiento de agua, alcantarillado y la oferta educativa era deficiente (Rodríguez, Rodríguez, Borja et. al., 2007)¹⁰.

10 Luis Enrique Rodríguez, Ana Luis Rodríguez, Jaime Borja y otros. Historia de Colombia. Todo lo que hay que saber. Taurus 2007

Los padres eran de familias que habían llegado a Toribio, buscando oportunidades de vida en el trabajo de la tierra y huyendo de la violencia bipartidista. La familia se caracterizaba por ser conservadora y profundamente católica por lo que sus valores y principios éticos en torno a la honradez, matrimonio, sexualidad, placeres, licor, fiestas, respeto a la autoridad, estaban atravesados por lo que dicta el cristianismo. El padre era militante del partido conservador, autodidacta, lector, que como la mayoría de la población lograba posicionarse en las instancias laborales por su dedicación y conocimientos adquiridos de la experiencia, la observación y el estilo de vida de la época. La vida laboral del padre pasó por muchos roles: fue maestro, secretario de alcaldía, personero, asistente de juzgado, representante del registrador y en su último trabajo con el gobierno, la familia se vio obligada al desplazamiento forzoso en varias ocasiones.

Los hechos descritos ocurridos en seis años de vida de nuestro personaje se logran plasmar por sus recuerdos de infancia, en donde a pesar de la precariedad en muchos aspectos de la vida, resalta la dedicación de la madre por los hijos y por establecer normas sociales, de aseo y académicas. El padre: hombre tranquilo, observador, analítico, lector y transmisor del gusto por la lectura en su primogénito.

El desplazamiento de la familia termina con el auge de los ingenios azucareros y es así como establecen contacto con el ingenio Pichichi en donde el padre es contratado en el año de 1962; en este momento nuestro personaje a la edad de siete años comienza a ser permeado por un contexto enriquecido, en donde la pluriculturalidad, la tierra, la caña de azúcar y la sabiduría de quienes para ese entonces eran sus vecinos, empiezan a esculpir en él, ese deseo por conocer, por explorar, por intentar devorar el mundo y en ese proceso intentar comprenderlo.

Este contexto comenzó a brindarle oportunidades académicas iniciando la escuela como la mayoría de niños de su edad (siete años). Los padres católicos, lo inician en todos los ritos propios de los devotos, la madre que era quien más inculcaba la religión, le enseñaba a leer textos religiosos. En esta etapa el personaje recuerda padecer de fiebres terribles e inexplicables que le hacían delirar, ahora cree entender que las condiciones higiénicas, el ingenio y el momento cultural, hacía que las infecciones, las bacterias, los virus y los parásitos estuvieran latentes.

Su relación con las letras fue y es aún muy estrecha; los libros y el periódico fueron siempre sus herramientas de conocimiento que despertaron a temprana edad su espíritu crítico.

Entre tercero y quinto de primaria y gracias a su disciplina católica fue escogido como monaguillo y es cuando piensa por primera vez que quería ser Jesuita, a pesar que desde muy pequeño sentía gran atracción por el dinero, pero este aspecto lo veía reflejado en esa comunidad. Cuando termina quinto grado sus amigos van a diferentes colegios de Buga y él va a Popayán interno al seminario de la diócesis en donde las enseñanzas impartidas eran de su completo agrado.

La adolescencia y sus cambios formativos:

En este periodo de vida se encuentran cambios profundos que influyeron determinantemente en su proceso formativo siendo así como después de un par de años recibiendo formación católica en seminarios, se da cuenta que la religión no era lo que su escuela, sus padres, su entorno, le habían intentado mostrar; los curas eran hombres comunes con dificultades.

Pierde su vocación y el gusto por ser formado en el seminario, sin embargo, seguía siendo creyente preguntándose si quería ser sacerdote; decide no continuar en este espacio educativo.

Al pasar a cuarto grado es matriculado en un colegio oficial, aquí visualizó líderes políticos de izquierda, así su formación académica se impregna de diferentes corrientes de pensamiento. Su desempeño académico disminuyó y sus intereses se orientaban hacia la literatura, la historia, las ciencias sociales además de la política. Puesto que era una época llena de acontecimientos que producía información atractiva para toda la sociedad, pero más para jóvenes sensibles al cambio social, así las revueltas campesinas, los paros obreros, la guerra del Vietnam, el acontecimiento de París en mayo del 68, impregnaban el espíritu, hasta convertirse en un interés particular.

En sexto grado el colegio es cerrado por problemas políticos, lo que lo obliga a desplazarse a Bogotá en busca de opciones educativas y movido por el deseo de emancipación. Es aquí cuando descubre el cine, el teatro, la literatura, la “rumba”, la marihuana, el licor, pero con niveles de autocontrol que permitieron culminar su año sin mayores tropiezos, pero sin reconocimiento.

1973 fue un año de mucha música, recordando que esta era una especie de radiografía de las transformaciones del mundo. El rock y la salsa, acompañadas de la marihuana movilizaban a una franja juvenil que hacía parte de un estilo de vida con intereses en la literatura, el cine, el teatro, la pintura, la política y la ciencia.

La adultez y el proyecto de vida:

En el año de 1975, se inscribe en la Universidad Nacional en la Carrera de Psicología, allí accede a información sobre los más contemporáneos debates del pensamiento. Sin militar en ningún grupo político, participa de las huelgas, de los enfrentamientos con la policía y el ejército en una época convulsa y de frecuentes movilizaciones sociales.

Compaginado con la Psicología se interesó por la obra de Freud, temas de Antropología, Filosofía, Sociología y política. Su interés formativo estaba centrado en la literatura. En medio de esta lluvia de acontecimientos y experiencias, su elección teórica en el campo de la Psicología fue el Psicoanálisis, no el conductismo o el humanismo, pues le parecían o tecnologías frías y poco apasionantes o lecturas y propuestas ingenuas de lo humano; el humanismo lo consideraba una propuesta poco rigurosa, pero al mismo tiempo le gustaba mucho la propuesta vivencial y práctica que hacía la anti psiquiatría. Leía a Freud, pero también a los llamados pensadores anti psiquiátricos como Laing, Basaglia y Cooper que llamaban su atención.

Tuvo cercanía con el M-19, el Partido Comunista de Colombia Marxista Leninista (PCC-ml), nunca consideró la militancia comprometida, ni la lucha armada. En la universidad cree iniciar de manera formal un discurso objetivo alrededor del tema de la droga. En este momento refiere haber sido una persona depresiva, anotando que no tiene claro cuál es el significado de este término y patología a pesar de ser psicólogo, pero ha tenido la inclinación a sentirse triste frecuentemente y vivir momentos en ese entonces muy difícil, lo que lo lleva a pensar que era esa condición emocional lo que en ocasiones lo llevaba hasta los extremos de la “rumba”.

Cuando termina su carrera con la tesis “El concepto del yo en la primera etapa del pensamiento de Freud”, trabaja con “drogadictos” durante tres años, estando allí inicia su propio proceso de Psicoanálisis.

En su ejercicio profesional planteaba la posibilidad de legalizar las drogas, generando un airado debate al interior de equipos de trabajo.

Comienza su carrera como docente universitario en la Universidad del Valle, Universidad Javeriana y San Buenaventura, en este nuevo rol se mueve con sus ideas críticas.

En el año de 1990 se retira de las universidades un poco por una necesidad de cambio y exploración de lo desconocido y viaja a los EE.UU. con la intención de cualificarse. Durante su estadía en tres ciudades de Estados Unidos, trabajó en varios oficios que le ayudan a explorar más a fondo la condición humana. Después de doce meses de vivir en los Estados Unidos, regresa a Colombia, pero sus intereses se han modificado, vuelve a la docencia en las mismas universidades pero de manera intermitente, pues ingresa a trabajar en la alcaldía de Cali y participa directamente como militante político en la creación de una organización con características no tradicionales como el manejo honesto de los recursos, hecho que en este país no es suficiente, pues aclara con una sonrisa sarcástica que nunca alcanzaron el triunfo; todo esto sucede hasta el año 2000.

En 1992 inicia una maestría en Filosofía con énfasis en ética y política en la Universidad del Valle. En el 2000 viaja a España a estudiar hipnosis clínica; esta decisión la toma teniendo ciertas claridades frente al tema, su interés siempre estuvo enmarcado al igual que en el del Psicoanálisis, en la relación que puede haber entre la palabra y el cerebro. La hipnosis permite evidenciar cómo la palabra puede producir ciertos estados orgánicos que facilitan los recuerdos, la focalización de la atención y la vivencia de emociones fuertes a partir de frases emitidas por el hipnotizador.

Plantea que a Latinoamérica la permeó la corriente psicoanalítica francesa y en muchos contextos sus planteamientos se asumieron como verdades absolutas, sin que presentaran resultados mejores que las de las restantes técnicas psicoterapéuticas. Por estas circunstancias, con la hipnosis buscaba una opción de intervención más concreta. Aclara que la conceptualización del psicoanálisis sobre lo simbólico, el lenguaje y las emociones para él sigue siendo válida, pero la descripción de psicopatologías como Sicosis, Neurosis y Perversiones, desde su punto de vista, son más prejuicios, concepciones ideológicas, percepciones de occidente y una visión médica de lo que significa vivir. En su discurso se observan concepciones claras sobre la enfermedad mental, actualmente cree que las personas están más enfermas de un hecho teórico que de una alteración orgánica demostrable; lo mismo ocurre con un amplio número de supuestas enfermedades orgánicas. Problemas con el complejo Edipo, la figura paterna o la conducta mal aprendida como diría el cognitivismo son ficciones. Lo mismo dice de la Sicosis.

En el año de 2001, cuando regresa de España abre un consultorio, reactiva su proceso de análisis en Bogotá, descubriendo en el lapso de tres años que su sospecha sobre las técnicas psicoterapéuticas y psicoanalíticas son inútiles, sus productos son nulos, por lo que se retira a investigar. Activa las clases en la Universidad del Valle y San Buenaventura y publica su libro *De la ética a la erótica y el sendero de la cotidianidad* en donde hace una lectura crítica del problema de la ética y empieza a plantear la ética como sistema de valores personales y colectivos que comienza a ser cuestionada y es una especie de discurso inútil; desde su punto de vista, la ética agoniza como discurso porque forma parte de las construcciones simbólicas del hombre, al igual que la religión y la política.

Él no ha abandonado lo que en su momento le aportaron el psicoanálisis, la anti psiquiatría o la hipnosis, lo que ha abandonado es lo que proponen como técnica de intervención; abandonó las técnicas psicoterapéuticas al igual que en el pasado abandonó la religión y el dogmatismo político, pues considera que son estrategias innecesarias e inútiles. Hace cinco años decidió dedicarse a investigar, leer y escribir sobre esos problemas. El primer tema fue la prohibición de las drogas, en el que precisamente la inutilidad de los discursos psicológicos, médicos, políticos y jurídicos es evidente. La prohibición de la droga en lugar de generar bienestar, lo que ha producido es violencia, persecución y exclusión, como la religión o como la psiquiatría o como la etiqueta de la psicología sobre las personas.

Remontándonos al momento actual, toda esta experiencia de vida le permitió terminar en el mes de agosto de 2011, su primera obra investigativa sobre el tema de las drogas e iniciar otra investigación sobre el tema de la enfermedad mental, desde un punto de vista crítico, en la medida que cree que es posible develar el fracaso de los discursos teóricos y la inoperancia de las intervenciones.

En ese sentido él cree que los discursos sobran cada vez más; quizás es más urgente la necesidad de respetar las decisiones y formas de vivir de cada persona, que discursos universales o uniformizantes de la vida; cada vez es más claro que lo útil es la ciencia y que las ideologías son el instrumento de los poderosos.

Recuerda que cuando era adolescente tenía una imagen y era la de no saber qué hacer en la vida. Pero guarda una idea latente desde siempre y es pensar: ¿qué le gustaría hacer cuando estuviera grande? Respuesta: desempeñarse en muchas actividades y cree que eso es lo que ha hecho. No

sabe hasta dónde su deseo haya trazado los senderos de su destino, pero siente que el lugar en el que ahora está, le es cómodo y productivo. De todo esto hace una reflexión: su experiencia docente a lo largo de quince años, es posible que le haya permitido formar profesionales con un espíritu más libre, pues sus estrategias de formación favorecían el pensamiento crítico y a veces instintivo. No medía a sus estudiantes con métodos cuantitativos, por el contrario, les facilitaba una reflexión transformadora que esperaba a futuro les permitiera abordar la realidad, con una mirada amplia que fomentara el sentir verdadero que cualquier disciplina o profesión guarda más allá de las exigencias de la nota, mirada que la universidad frecuentemente encierra entre barrotes que coartan la expresión y el conocimiento.

En la actualidad su producción intelectual se encuentra publicada por la Universidad del Valle en el año 2004 y su segunda producción, que se encuentra en librerías como la Nacional y la Panamericana, en donde plasma su madurez formativa.

Discusión y conclusiones

Colombia como el resto de países latinoamericanos se ha caracterizado por haber sido un pueblo sometido y tristemente habituado a la situación patológica que conlleva el impacto, sin embargo la nación carece de la noción exacta de lo que fue la violencia, no la ha sopesado en toda su brutalidad aberrante, ni tiene indicios de su efecto disolvente sobre las estructuras, ni de su etiología, ni de su incidencia en la dinámica social, ni de su significado como fenómeno y mucho menos de su trascendencia en la psicología del conglomerado campesino, ni de las tensiones que creó, ni de la crisis moral que presupone, ni del enjuiciamiento que implica a los dirigentes de todo orden (Guzmán, Fals, Umaña, 2005)¹¹.

En este seguimiento de vida, se observa como la infancia del personaje coincide con la descripción anterior, pero por la ingenuidad propia del ciclo vital, la época la vivió sin tener consciencia del proceso, hasta el momento de la adultez, en donde al recordar sus rutinas visibiliza la realidad agobiante, pero que la inocencia de la edad, no dejaba permear haciendo que su vida y sus perfiles cotidianos se modificaran sin consciencia; así pues nuestro personaje vivenció estos momentos y su estabilidad cons-

11 Guzmán Campos, G., Fals Borda, O. & Umaña Luna. La violencia en Colombia. Tomo I y II. Bogotá: Ediciones Taurus 2005.

tantemente se vio afectada; sus padres al igual que muchos campesinos de la época sentían la necesidad de lucha como algo que surgía del alma misma del pueblo, siendo esta la razón de su obstinada persistencia por salir adelante y forjar ese carácter en sus primogénitos; sin embargo el alma tranquila del padre y el empeño materno impidieron que sus hijos tuvieran ese cúmulo de resentimiento, pues a pesar de la situación del país dentro de sus posibilidades su familia fue feliz.

Es interesante mirar en retrospectiva y ver cómo el país desde 1930 inicia una época de violencia, en donde todos los ciudadanos vivieron de manera directa e indirecta el proceso y para no hacer una extensa reseña nos situaremos en el año de 1946, en donde el país registra un nuevo cambio político al asumir la presidencia Mariano Ospina Pérez, candidato del partido conservador quien al conocer su triunfo, invita a todos los partidos para que depongan sus odios, pues en ese momento cada 24 horas, se registraba un nuevo hecho de sangre atribuido a luchas políticas.

En este año acontecen serios disturbios, estalla el paro de choferes de Cali por acción de la Confederación de Trabajadores Colombianos; el jefe del liberalismo Jorge Eliecer Gaitán después de publicar el editorial titulado “No más sangre” en *Tribuna Liberal*, diario que sirve de órgano a su movimiento, presenta al presidente de la república un memorial pidiendo la intervención inmediata de la autoridad ejecutiva y el concurso de los jefes políticos para poner término a la barbarie; este memorial es sereno, sobrio y destinado a provocar una eficaz represión de la delincuencia y no a hacer un escándalo político.

De esta manera prosiguen todos los acontecimientos y de la misma manera la población campesina y la familia del personaje, viven en medio de la incertidumbre que esta situación genera. El 9 de abril de 1948 cae asesinado Jorge Eliecer Gaitán, después de haber soportado múltiples presiones para que colaborara con el sabotaje de eventos políticos, ante lo que hace una declaración pública para establecer claramente su posición.

Casi todos los colombianos condenaron el crimen abominable que terminó con la vida de Gaitán, pero nadie previó sus tremendas consecuencias.

Gaitán contaba con la adhesión de la masa campesina, pues abanderaba la esperanza de la solución de toda una problemática que siempre afectaba las dinámicas familiares, siendo esto lo que originó el éxodo de la familia y marcó el destino de cada uno de sus integrantes.

En el año de 1957 con el presidente electo, Alberto Lleras, se nombra una comisión nacional investigadora de las causas de la violencia, teniendo como meta ir a los poblados y zonas devastadas, logrando que el pueblo correspondiera y contactando cabecillas de todas las tendencias; respondieron entrevistas a pesar de ser recelosos y encontrarse lesionados, increíblemente desconfiados y en estados psicológicos *sui generis* que les creó el proceso de lucha y esto se evidenció en nuestra familia por medio de las continuas amenazas que los llevaban al desalojo constante y a la búsqueda de nuevos trabajos para su sustento.

Ahora bien, esta violencia afectaba todas las esferas del ser humano y algo muy interesante que se debe tener en cuenta, es cómo la nutrición de los campesinos de la época reflejaba el estado del país; así vale la pena decir que una razón importante para que un país desarrolle su agricultura, es la necesidad que existe de estabilizar la economía doméstica de alimentos y de mejorar su seguridad alimentaria. En la década de los 50 la dieta de la mayoría de los colombianos tenía unas características particulares que a continuación se describen sirviendo de suposición para hallar la causa de las crisis febriles de nuestro personaje y de muchas otras situaciones que poco a poco describiremos. Para esto, se debe mencionar un estudio sobre evolución de la estatura de los colombianos en el siglo XX, en donde se indica que un hombre nacido en 1910 era casi 7,9 centímetros menos alto que un nacido en 1984 (de 1,63 metros pasó a 1,71 metros); para las mujeres la diferencia es aún mayor 8,8 centímetros al pasar de 1,51 metros en 1910 a 1,59 metros en 1984. Esta es una evidencia fuerte de que mejoraron las condiciones de vida en general de la población durante ese siglo y de que, en particular, hubo una mejora en la dieta consumida por el colombiano promedio (esto es, un mejor balance en sus componentes y la inclusión de proteínas de manera creciente) (Kalmanovitz y Enciso, 2006).¹².

Una de las causas del aumento de estatura tuvo que ver con condiciones de trabajo menos extenuantes y cuando se empieza a prohibir el trabajo infantil que era un hecho común. El trabajo infantil fue cuestionado por la legislación de protección al menor y la expansión de la educación significó el aplazamiento de su ingreso a la fuerza de trabajo. Esta situación no se observa en nuestra familia, sin embargo nuestro personaje desde muy pequeño cumplía responsabilidades asociadas al suministro de agua o cuidado de sus hermanos, pero nunca interfirieron con su formación escolar aunque

12 Kalmanovitz, S & Enciso, E. L. La agricultura colombiana en el siglo XX. Bogotá: Ediciones fondo de cultura económica ltda 2006.

como se caracteriza en la biografía, la calidad la impartía más la riqueza del entorno, que la misma estructura de las instituciones educativas; además la constancia materna y el gusto del padre por la lectura forjaron una semilla de aprendizaje y pensamiento crítico en el personaje central.

Es evidente que, en Colombia, las condiciones de salubridad mejoraron, la higiene personal se extendió con la producción fabril de artículos para el aseo y vestuario, se eliminaron enfermedades tropicales como la fiebre amarilla y se redujeron mucho las epidémicas por medio de las campañas de vacunación masiva. Cabe resaltar cómo para un niño, un regalo que contenía unos jabones dejaba una huella mnémica indeleble como lo vemos en el recuento biográfico; siendo un acto que en la actualidad no tendría mucho valor, en los años 60 sí lograba despertar el interés y la alegría de un niño, al igual que una prenda de vestir que proporcionaba abrigo y comodidad a su cotidianidad. Nuevamente la presuposición dada por el lenguaje deja entrever, como esos implementos no eran de uso común en la sociedad colombiana.

De igual manera la cobertura del sistema de salud se extendió sobre buena parte de la población, situación que poco a poco la familia visualizó, pues en el ingenio en que vivían, ya contaban con un servicio médico que, por lo menos, permitía controlar los episodios febriles que el personaje, desde su infancia, padecía como algo rutinario sin causa aparente, pero que lo llevaban al delirio de un mundo complejo y solitario.

El efecto de todo lo anterior también se observa en la población colombiana con la disminución de las tasas de mortalidad de la población durante el siglo XX (Flórez, 2000)¹³.

Para ahondar en la nutrición, se describe la situación de la misma a comienzos del siglo XX como completamente inadecuada, deficiente en calorías y proteínas y carente de nutrientes esenciales¹⁴.

Manuel Cotes, un médico que estudió el consumo total de alimentos de trabajadores rurales, observó que la dieta estaba compuesta por chicha, mazamorra, pan y chocolate; la carne apenas la conocían y esto era consecuencia de la forma de pago, además los trabajadores no solo estaban desnutridos sino también se encontraban alcoholizados, pero este no es

13 Carmen Elisa Flórez. Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX. Bogotá: Banco de la República - Tercer Mundo Editores 2000.

14 Salomón Kalmanovitz. Nueva historia económica de Colombia. Bogotá: Ediciones Taurus 2010.

el caso de nuestra historia, pues aunque en ocasiones la comida no pudo ser muy balanceada, los padres nunca ingerían bebidas alcohólicas que generaran disminución a los ingresos de alimentación, a pesar de estar rodeados de personas que como la mayoría celebraban alrededor del licor y el tabaco (Kalmanovitz, 2010)¹⁵.

Haciendo un recuento, en un hogar común de 1925 se vivían muchas privaciones, se comía solo un huevo a la semana, el domingo. En los años 50 en un hogar clase media en Bogotá se comían dos huevos a la semana. El pollo era una comida de lujo y se reservaba para los domingos, siendo su precio muy superior al de la carne. Sin embargo, en las dos últimas décadas del siglo XX el pollo se convirtió en una comida popular y la expresión habitual “vale huevo” reflejó una nueva realidad sobre la baratura de la producción agrícola. También frente al consumo de la carne se mejoraron las condiciones de acceso, puesto que los sectores de bajo ingreso consumían carne con hueso y vísceras, por lo general en sopas y sancochos y ahora se presenta una variedad mayor en carnes frías de precios muy bajos (Kalmanovitz y Enciso, 2006)¹⁶.

La familia de nuestro personaje, al hacer una descripción de su dieta diaria, visibiliza una gran ventaja desde que formaron parte del Ingenio Pichichí; y es que el área estaba rodeada por árboles frutales y leguminosas que complementaban su dieta de la mejor manera, además el Ingenio en fechas importantes asignaba grandes raciones de carne, que contribuían a los valores nutricionales de sus trabajadores y sus familias.

Así pues, vemos como una familia colombiana, traza desde sus primeros años de vida perfiles vocacionales, que le permiten crecer y alcanzar grandes metas formativas, como es el caso del biografiado, quien desde muy niño vivió en épocas de violencia, pero esto, fortaleció el espíritu crítico y lector requerido, para ahondar en el mundo de la formación y de la docencia, con miras a transformar de diferentes formas, a los que para él, son sus estudiantes; de igual manera vemos como una madre pujante y un padre responsable, lograron brindar a su primogénito a nivel educativo, social y nutricional lo requerido para crecer, a pesar de que el común de la población no contaba con estas posibilidades.

15 Idém, 17.

16 Kalmanovitz & Enciso. La agricultura colombiana en el siglo XX. Bogotá: Ediciones fondo de cultura económica Ltda 2006.

Las escuelas de pensamiento y la influencia en el esquema representativo del hombre:

Nuestro personaje, hombre que después de vivir una infancia con un pensamiento labrado bajo los cánones de la iglesia católica y además formar parte de un exclusivo grupo de jóvenes seminaristas cuyos principios, dedicación y entrega a Dios eran sus grandes metas de formación, decide renunciar a todo lo que la Iglesia le había ofrecido, por encontrar disparidad entre lo que se profesaba y lo que se hacía; decidiendo ir a la capital para descubrir el verdadero mundo que desde el inicio lo hipnotizó con el ambiente cultural pero también clandestino que ofrece una ciudad, en donde la mayoría de los jóvenes se formaban en escuelas y universidades públicas, lugares en donde el pensamiento crítico, político, artístico y a veces utópico, les ofrecía un abanico de posibilidades; es así como nuestro futuro psicólogo, en medio de la rumba, la música, la academia y las escuelas de pensamiento, se deja seducir por la Psicología, pero más que por la Psicología, por lo que las diferentes escuelas de pensamiento planteaban, conociendo muy rápidamente una corriente que lo atrapó y lo sedujo como es el Psicoanálisis y su creador que fue Sigmund Freud.

Psicoanálisis, término creado en 1896 para denominar un método particular de psicoterapia (o cura por la palabra) y basado en la exploración del inconsciente, con la ayuda de la asociación libre por parte del paciente y de la interpretación por parte del psicoanalista (Gay, 1990)¹⁷.

Es importante visualizar, como se evidencia la influencia psicoanalítica en el transcurso biográfico y en la estructura formativa, pues esta formación no se limitó a la lectura y al dominio teórico; por el contrario, los gustos formativos fueron atravesados siempre por las raíces psicoanalíticas y se habla de raíces porque antes de iniciar su propio proceso de análisis, se interesó por la hipnosis técnica, para la cual estudió y que como lo ha subrayado Henri F. Ellenberger, el psicoanálisis es el heredero de las antiguas curas magnéticas inauguradas por Franz Anton Mesmer, las cuales, a través de los debates sobre la hipnosis y la sugestión a fines del siglo XIX, dieron origen a la segunda psiquiatría dinámica, siendo el único método que reivindica el inconsciente y la sexualidad como los dos grandes universales de la subjetividad humana (Rudinesco y Plon, 2003)¹⁸.

17 Peter Gay. FREUD. Una vida de nuestro tiempo 1990.

18 Elizabeth Roudinesco & Plon. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós 2003.

En el plano clínico, el psicoanálisis es también el único que sitúa la transferencia como formando parte de esa misma universalidad y que propone su análisis en el interior mismo de la cura, como prototipo de las relaciones de poder entre el terapeuta y el paciente y más en general entre maestro y discípulo. En este sentido el psicoanálisis remite a la tradición socrática y platónica de la filosofía. Por ello ha aplicado el principio iniciático del análisis didáctico, exigiendo que quien quiera convertirse en psicoanalista se someta a su vez a una cura (Freud, 1996)¹⁹.

En el párrafo anterior se puede corroborar cómo en ocasiones la teoría es aplicable a la práctica y más aún, al proceso formativo del hombre en este caso de nuestro hombre, psicólogo interesado y además practicante convencido de los procesos que utilizó durante muchos años en su vida académica. Así pues como la teoría lo profesa, la hipnosis fue una de las grandes influencias que le lleva a cambiar su estructura de vida y sus dinámicas humanas, incluso le permite conocer otras culturas y una de ellas la europea, en donde el ambiente académico se entremezcla con los devenires del psicoanálisis y el análisis al que llega, pues una vez regresa a Colombia, inicia su propia cura por la palabra y de manera paralela reanuda su práctica profesional con una convicción teórica y praxiológica que le permite forjar en sus estudiantes un espíritu de formación; formación como un proceso transformador del ser humano. Así pues, su formación y la formación impartida a partir de su conocimiento, tuvo en cuenta las connotaciones individuales de sus estudiantes, intentando llevarlos a conocer su propia universalidad, respetando el prototipo de las relaciones de poder existentes entre maestro y discípulo.

En nuestro recuento biográfico, se hace evidente cómo las experiencias tenidas introducen al personaje a un mundo académico, en donde el pensamiento generaba grandes movimientos que tenían gran influjo pragmático en la vida de sus seguidores; es así como al formar parte de un grupo de académicos que vivenciaron la historia del movimiento psicoanalítico, nuestro personaje se deja seducir por el lacanismo, llamando así a la corriente representada por los diversos partidarios de Jacques Lacan.

La refundación lacaniana tomó cuerpo en Francia entre 1953 y 1963, desembocando más tarde con la creación en 1964 de la *École Freudienne de Paris*, después de la muerte de Lacan en 1981, el lacanismo se atomizó en una multitud de tendencias, grupos, corrientes y escuelas

19 Sigmund Freud. Obras completas. Ensayo 1.1996

que forman una potente nebulosa diversamente implantada en muchos países, llegando a implantarse de una u otra manera en la historia de vida de nuestro maestro.

Es grato ver cómo la academia lleva a conocer y a generar un discurso argumentado, en donde a través del ejercicio biográfico se explica el porqué de estas preferencias teóricas, encontrando para el caso del lacanismo que Jacques Lacan, es el único que dio a la obra freudiana un esqueleto filosófico y la sacó de su anclaje biológico, pero sin caer en el espiritualismo. Esta interpretación consiste en que reintrodujo en el psicoanálisis el pensamiento filosófico alemán del que Sigmund Freud se había distanciado voluntariamente. Esta contribución ha hecho de Lacan el único verdadero maestro del psicoanálisis en Francia. Así pues, el lacanismo se reconoce en la doctrina fundamentada por Freud, hecho que implica su adhesión al psicoanálisis y a los grandes conceptos freudianos fundamentales: el inconsciente, la sexualidad, la transferencia, la represión y la pulsión. Nuestro personaje explica que el lacanismo, no es una simple corriente sino una verdadera escuela, se ha constituido como un sistema de pensamiento a partir de un maestro que modificó totalmente la doctrina y la clínica freudiana (Lacan, 1998)²⁰.

En nuestro recorrido biográfico además de estas dos grandes escuelas de pensamiento encontramos otra que despertó el interés gracias a la experiencia clínica, psicoanalítica de la disciplina como psicólogo y como docente universitario, que diariamente le exigía procesos de autoevaluación y confrontación con los medios terapéuticos convencionales, a lo que sus estudiantes y el mismo asistía; en este recorrido por la academia, encuentra muchas explicaciones y también muchas contradicciones con la práctica tradicional, convirtiéndose en un estudioso dedicado de la antipsiquiatría, corriente teórica y práctica de la psiquiatría desarrollada, entre otros, por David Cooper en un contexto muy preciso, que sirvió para designar un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, que se desarrolló entre 1955 y 1975, en la mayoría de los grandes países donde estaban implantados la psiquiatría y el psicoanálisis.

Al analizar el discurso de nuestro biografiado encontramos cómo este término apunta en gran parte a su propuesta individual profesional y es que la antipsiquiatría suprime el asilo y elimina la noción misma de la enfermedad mental.

20 Jacques Lacan. Escrito I 1998.

El concepto de formación a la luz de la vida:

A lo largo de este trabajo, hemos visto como un hombre, desde su primera infancia es permeado por todas las experiencias que el medio le ofrece, sin tener la posibilidad de decir cuáles son positivas o negativas para él; gracias al método biográfico los relatos de vida permiten la construcción del conocimiento y más aún, adentrarse en esa cotidianidad histórica que acoge una serie de relatos y de historias que llevan al conocimiento del hombre.

Así pues, vemos como la familia, la dinámica cultural y social, los juegos, las posibilidades económicas, influyen en la formación del hombre y en los saberes que se estructuran y que poco a poco en el caso del docente, ese saber se profundiza gracias al interés por la exploración del conocimiento.

Partiendo de lo anterior en donde el contexto prima en el hombre, es importante retomar a Gadamer quien afirma que la gente tiene una conciencia históricamente moldeada, esto es, que la conciencia es un efecto de la historia y que estamos insertos en la cultura, historia, tiempo y lugar y por ello, plenamente formados por ellas (Gadamer, 1994)²¹.

En nuestra biografía, se evidencia como durante los primeros años de vida el momento histórico, generó eventos sociales que modificaban las dinámicas culturales que transversalizaban las experiencias de la cotidianidad de un niño, llevando a un ser humano a la reflexión y a rescatar la oralidad como un medio trasmisor de conocimiento.

Al observar la historia de vida de un hombre y más aún de nuestro personaje, podemos retomar la propuesta de Zambrano cuando afirma que “lenguaje, trabajo y deseo constituyen la base fundamental del hacer humano. Los dos primeros se refieren a una práctica del hacer, el tercero a la fuerza inesperada e inseparable del espíritu. El lenguaje es vital en el ser humano porque lo impulsa a tener lugar en este mundo. Estas tres formas de hacer cumplen una función importante en la formación de un sujeto. Con el lenguaje se abre la expectativa del decir; con el trabajo se hace realidad su estadía en el mundo, con el deseo logra responder a la cuestión del cómo, porque y en qué condiciones es posible tal estadía” (Zambrano Leal, 2010)²².

21 Gadamer. Verdad y método II. Madrid: Sígueme 1994.

22 Armando Zambrano Leal. Philippe Meirieu, pedagogo. Aprendizaje, filosofía y política. Santiago de Cali: Maestría en educación superior.USC 2010.

A partir del párrafo anterior podemos ver como el lenguaje siempre influenció el destino vital de nuestro personaje, pues la oralidad a la que desde pequeño estuvo expuesto, le dio la oportunidad de escuchar y a su vez retransmitir conocimiento; luego en la adolescencia y en la adultez, sus largas horas de tertulia con amigos, quienes estaban inspirados en el momento actual, la música y los diferentes eventos culturales que la capital brindaba desde su asfalto cargado de estímulos, forjaron a un hombre inquieto que poco a poco fue encontrando una vocación de ayuda al prójimo y que más que convertirse en un docente, se convirtió en una persona que de una u otra forma permeaba a sus discípulos.

Por último, podríamos decir que es el deseo quien mueve al hombre, impulsándolo a alcanzar las metas descritas a lo largo de la historia, un deseo que lleva a un hombre a atravesar pueblos, ciudades y fronteras, para alcanzar lo deseado explorando el mundo, investigando y apropiándose de saberes que ofrecen las diferentes realidades. Se logró distinguir la formación del hombre, mediante la creación de un ideal coherente y determinado por el contexto, de esta manera, la experiencia biográfica construye la forma y sentimiento de un ser individual. En la constitución de su experiencia, el individuo moviliza sus recursos disponibles para aprehender lo que las circunstancias de la vida le ofrecen e integrarlas en su mundo de vida, es decir en el sistema construido de sus representaciones y de sus construcciones cumpliendo con una doble y complementaria operación de subjetivación del mundo histórico y social y de la socialización de la experiencia individual. De esta manera, la actividad biográfica debe ser tomada en cuenta e interrogada en su dimensión antropológica y en la diversidad de sus aspectos –semiótico, cognitivo, psíquico, socio-histórico–, con el fin de ayudar a comprender mejor los vínculos y los mecanismos de producción y de construcción recíproca de los individuos y de las sociedades (Jaeger, 2010)²³.

Referencias Bibliográficas

- Beilllerot, J., Blanchard-Laville, C., & Mosconi, N. (1998) *Saber y relación con el saber*. Barcelona: Paídos.
- CirulniK, B. (2004) *Del gesto a la palabra. La etología de la comunicación en los seres vivos*. Barcelona: Gedisa.

23 Werner Jaeger. Paideia: los ideales de la cultura griega. México: Fondo de cultura económica 2010.

- Flórez, C. E. (2000) *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Bogotá: Banco de la República - Tercer Mundo Editores.
- Freud, S. (1996) *Obras completas. Ensayo I*. Buenos Aires: Amorrortu editores S.A.
- Gadamer, G. (1994) *Verdad y método II*. Madrid: Sígueme.
- Gay, P (1990). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Guzmán Campos, G., Fals Borda, O. & Umaña Luna, E. (2006) *La violencia en Colombia*. Tomos I y II. Bogotá: Ediciones Taurus .
- Jaeger, W. (2010) *Paideia: los ideales de la cultura griega*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kalmanovitz, S & Enciso (2006) *La agricultura colombiana en el siglo XX*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Kalmanovitz, S. (2010) *Nueva historia económica de Colombia*. Bogotá: Taurus
- Lacan, J. (2009). *Escrito I*. México: Siglo XXI.
- Larrosa, J. *Pedagogía profana* (2000). *Estudios sobre lenguaje, subjetividad, formación*. México: Ediciones Novedades Educativas
- Niño Rojas, V. (2011) *Metodología de la investigación: diseño y ejecución*. Colombia: Ediciones de la U
- Orozco, L. E. (1999) *La formación integral, mito o realidad*. Bogotá: Universidad de los Andes
- Rodríguez, L. E., Rodríguez, A., Borja, J y otros (2007) *Historia de Colombia. Todo lo que hay que saber*. Bogotá: Taurus.
- Roudinesco, E & Plon. (2003). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Salgado Lévano, A. C. (2014) *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Recuperado el 15 de marzo de 2014, de Libera-bit-Investigación: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009.
- Sandoval Casilimas, C. (1996). *Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Investigación cualitativa*. Bogotá: ICFES.
- Vigotsky, L. (1995) *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Ediciones Fausto.
- Zambrano Leal, A. *Formación, experiencia y saber* (2005). Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio

Zambrano Leal, A. (2010) *Philippe Meirieu,, pedagogo. Aprendizaje, filosofía y política*. Santiago de Cali: Maestría en Educación Superior. USC.

Zambrano Leal, A (2005). *Formación, experiencia y saber*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio. Colección.

Los supuestos de la revolución contextual en la psicología

The assumptions of the contextual revolution in psychology

Marco Alexis Salcedo Serna

Universidad Nacional de Colombia, Campus Palmira. Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Edward Javier Ordóñez

Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-4803-0340>

Lucely Obando Cabezas

Universidad Libre, Campus Cali. Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>

Resumen

Este es un texto dedicado a ilustrar las particularidades de la lectura psicosocial de la condición humana que desde los años 80 del siglo XX empezó a promover la revolución contextual en el ámbito de las ciencias humanas, motivado este esfuerzo de escritura ante la persistencia en el horizonte académico e institucional de una visión individualista y naturalista para aprehender los resortes de la acción humana, una

Cita este capítulo

Salcedo Serna, M. A.; Ordóñez, E. J. y Obando Cabezas, L. (2020). Los supuestos de la revolución contextual en la psicología. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 147-167). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

visión que Jerome Bruner llama esencialismo. El documento busca decantar el sentido de este término de Bruner, las implicaciones epistemológicas que origina la revolución contextual en la psicología y las distinciones explicativas con otras perspectivas, precisando que esta lectura psicosocial no es simplemente el resurgimiento en el análisis psicológico de la dimensión de lo social, por cuanto desde el origen de las ciencias sociales y humanas esta dimensión se ha considerado fundamental y ha estado integrada en la gran mayoría de los modelos de análisis psicológicos realizados, hasta en los adelantados por las escuelas más tradicionales de la disciplina.

Palabras clave: ciencias humanas, esencialismo, revolución contextual, individuo, epistemología de la psicología.

Abstract

This is a text dedicated to illustrating the particularities of the psychosocial reading of the human condition that from the 80s of the 20th century began to promote the contextual revolution in the field of human sciences, and this because there is an academic and institutional horizon that still apprehends the springs of human action from an individualistic and naturalistic vision, which Jerome Bruner calls essentialism. The document seeks to decant the meaning of this term by Bruner, the epistemological implications that the contextual revolution originates in psychology and the explanatory distinctions with other perspectives, specifying that this psychosocial reading is not simply the resurgence in the psychological analysis of the dimension of what is social, inasmuch as from the origin of the social and human sciences this dimension has been considered fundamental and has been integrated in the vast majority of the psychological analysis models carried out, even those made by the most traditional schools of the discipline.

Keywords: human sciences, essentialism, contextual revolution, individual, epistemology of psychology.

El supuesto esencialista en la psicología

Se podría afirmar que dos premisas han sido las que han determinado a la psicología, una aplicable a toda psicología posible, y otra característica de la psicología moderna, clásicamente naturalista, ambas relacionadas con el aspecto de lo social en la reflexión psicológica:

1. El ser humano es la única entidad viviente conocida que depende absolutamente de la llamada segunda naturaleza (la cultura) para sobrevivir, debido a que el saber que orienta su acción no se transmite de generación en generación a través de mecanismos biológicos, sino a través de procesos sociales.
2. El hombre posee una estructura cognitiva que aunque es la encargada de absorber los componentes ideológicos que implica la civilización, no está culturalmente determinada, no es ella misma social, pues las facultades que la forman son elementos que la naturaleza origina.

La primera premisa es un supuesto básico de los estudios antropológicos, psicológicos y sociológicos que indica que los seres humanos requieren de fuentes simbólicas exsomáticas para organizar su conducta en el mundo, ya que el saber que los orienta no está constitucionalmente inserto en sus cuerpos.

Los esquemas de conducta de los animales inferiores, por lo menos en mucha mayor medida que en el hombre, les son dados con su estructura física; las fuentes genéticas de información ordenan sus acciones dentro de márgenes de variación mucho más estrechos y que son más estrechos cuanto más inferior es el animal. En el caso del hombre, lo que le está dado innatamente son facultades de respuesta en extremo generales que, si bien hacen posible mayor plasticidad, mayor complejidad y, en las dispersas ocasiones en que todo funciona como debería, mayor efectividad de conducta, están mucho menos precisamente reguladas. ...si no estuviera dirigida por estructuras culturales –por sistemas organizados de símbolos significativos–, la conducta del hombre sería virtualmente ingobernable, sería un puro caos de casos sin finalidad y de estallidos de emociones (Kroeber, 1995, p. 52).

El mero estudio de las características morfológicas y fisiológicas del ser humano, tal como lo realizó en los años veinte del siglo XX el anatomista holandés Louis Bolk, muestra que somos seres biológicamente dependientes de estructuras exsomáticas (Spotorno, 1991). La teoría de la fetalización o de la neotenia de Bolk indica que aspectos como ausencia de pelaje, sistema muscular y esquelético relativamente frágil, albinismo, carencia de sistemas naturales de defensa, y otros rasgos como pérdida de una orientación natural hacia lo real, prematuración biológica, largo periodo

de dependencia hacia otros, carencia de un hábitat, llevan a concluir que desde el momento del nacimiento la cría humana necesita de artefactos culturales para sobrevivir; su misma biología lo obliga a ello.

Y la segunda premisa, que Jerome Bruner llama esencialismo (Bruner, 1991), designa la creencia de que en el hombre hay una esencia que preexiste a su existencia, una sustancia presocial, prelingüística, virgen de todo contacto con lo social, que sólo luego, conforme el bebé se hace niño, y después hombre, recibe la influencia de lo social bajo la forma de contenidos, contenidos que son los que caracterizan al contexto cultural en el cual nació el sujeto. Lo anterior implica que la calidad de ser pensante lo otorga la naturaleza, ya sea que se crea que la mente preexiste a toda construcción social y cultural, o ya sea que se sostenga, como Jean Piaget lo hizo, que ella se construye (Piaget, 1992).; en ambos casos se considera que los fundamentos que las originan provienen de la biología y conllevan a la instauración de una estructura mental que es igual para todos, no relativa o supeditada al contexto social en que se encuentra el sujeto.

Desde esta perspectiva, el papel que cumple lo social en el desarrollo psíquico del sujeto es la de proporcionar quien cuide y alimente el niño, quien permita el conocimiento de la cultura en la cual nació el individuo, y quien estimule su desarrollo cognitivo.

El medio social es a todas luces fundamental...El desarrollo de la inteligencia implica que haya intereses y curiosidades en el sujeto. Si el medio social es entonces rico en incitaciones, y el niño vive en una familia en el que siempre se está trabajando sobre ideas nuevas, y se plantean nuevos problemas, seguramente que se tendrá un desarrollo más avanzado; pero si, por el contrario, el medio social es extranjero a todo eso, entonces inevitablemente habrá cierto retraso (Piaget, Citado por Puche, 1992. p. 22).

Sin embargo, “el medio social...es menos importante que el proceso biológico, porque esta sucesión de estadios necesarios en la formación de los estadios posteriores, nos hace pensar muy de cerca en la embriología” (Piaget, Citado por Puche, 1992. p. 23). En resumidas cuentas, la existencia de la mente humana en su forma esencialmente moderna es un requisito previo para la adquisición de cultura, y además el crecimiento de la cultura no tuvo ninguna acción significativa en la evolución mental. O mejor, en el hombre, algunos factores importantes de su constitución proceden de la naturaleza, la mente y el cuerpo, y otros llegan a través de agentes sociales, el saber para vivir. Porque, en palabras de uno de los padres de la antro-

pología moderna, A. L. Kroeber, “una mente social es una inidentidad tan absurda como un cuerpo social” (Kroeber, 1995, p. 69).

Estas últimas consideraciones son las que hacen pensar que la psicología dominante en el siglo XX no fue una ciencia social. Ni aún cuando el conocimiento psicológico moderno adoptó en la década de los años 50 la visión de la mente como una estructura epigenética, no genética, esto es, que se construye después del nacimiento, lo social ocupó un lugar primario en contraste con lo biológico.

Ahora bien, con respecto a la primera premisa, poco cabe mencionar aquí. Es la segunda premisa sobre la que cabe hacer algunas consideraciones para comprender la naturaleza de la revolución contextual que se dio en la psicología desde la década de los años 80 en el siglo XX.

La psicología tradicional, una ciencia del individuo

‘El Hombre’ se ha constituido en la época moderna en el objeto de estudio por excelencia de todas las ciencias sociales (o humanas). Especialmente las disciplinas que son parte del expediente epistemológico conocido como las ciencias humanas se han inscripto en un proyecto antropológico que procura discernir las particularidades que determinan las características humanas (Salcedo y Obando, 2016). En la Modernidad, ‘El Hombre’ vino a sustituir a Dios como el objeto de reflexión hacia el cual todos los conocimientos tendían, todas las disciplinas hablaban (Reale y Antiseri, 1995). En el Medioevo, todas las ciencias eran teológicas, todas pretendían acercarnos a la verdad a través de la fe en Dios (Reale y Antiseri, 1995). En la Modernidad, según lo señala Foucault (2005), todas las ciencias son humanas, todas aúnan esfuerzos para algún día comprender los factores que determinan lo que somos.

...desde el siglo XIX, algo así como una antropología [fue posible]; cuando digo antropología no hablo de esa ciencia particular que se llama antropología y que es el estudio de culturas exteriores a la nuestra; por antropología entiendo aquella estructura propiamente filosófica que hace que ahora todos los problemas de la filosofía se confinan dentro de ese dominio que podría llamarse el de la finitud humana... ya no se puede filosofar sino sobre el hombre en cuanto homo natura... (Foucault, 2005).

Edgar Morin había indicado en su discurso sobre el pensamiento complejo, que la ciencia moderna gravitaba alrededor de la visión que formuló Rene Descartes sobre el conocimiento (López, 1998), quien llegó a sugerir que era necesario dividir y examinar cada una de las dificultades del conocimiento en tantas partes como fuese posible y en cuantas requiriese su mejor solución (Descartes, 1994). La implementación de este supuesto del paradigma cartesiano supuso el esfuerzo por constituir monodisciplinas, disciplinas separadas en la que cada una tendría a su encargo el abordaje de un aspecto específico de un objeto general. Para el caso del hombre, la psicología se encargó de estudiar la psiquis, o la mente; La medicina, el cuerpo humano; La antropología, la cultura; La lingüística, el lenguaje humano, entre otras. De este modo, la psicología ha estudiado 'El Hombre', al igual que la sociología, la antropología, la lingüística, la historia, la filosofía, la literatura, la medicina, y aún la física, la química, la biología, entre otras. El hombre no ha sido entonces para la psicología su objeto de estudio exclusivo, dado que también lo han abordado otras disciplinas científicas, ni su objeto único, dado que también hay psicología animal y comparada.

En cualquier caso, el referente a lo humano es central en la psicología; solo que, desde las coordenadas cartesianas que la han marcado, el hombre ha sido aprehendido en la psicología como una entidad individual que se agrupa estratégicamente con otros para concretar metas comunes. "En general, en el ámbito académico y pese a la existencia de disciplinas como la Psicología Social, el curriculum del psicólogo transcurre por veredas personalistas, individualistas. Tanto el diagnóstico como el tratamiento del sujeto resaltan las vivencias subjetivas del individuo, con interpretaciones alicortas en cuanto a su contextualización. Los atributos personales... suelen concentrar la atención del psicólogo" (Barriga, 1991, p. 49).

A partir de esta comprensión, la psicología y las demás ciencias humanas han promovido una visión del ser humano en la que las personas pueden oponerse a lo social, constituyendo la dimensión de lo sociocultural en algo externo, que se acepta o descarta a su antojo por parte de cada sujeto; seríamos pues entidades esencialmente solitarias, en la que la presencia del otro ocupa un lugar secundario. Estas consideraciones colocan a cada sujeto humano en un punto de autoreferencialidad inevitable. Cada ser humano tendría la habilidad de definirse a sí mismo, de ser enteramente consciente de su consciencia si se lo propone. Todo humano potencialmente dispondría de la capacidad del '*awareness*', la autoconsciencia, una

experiencia de suprema intimidad en la que “yo no puedo ser consciente de tu consciencia” (F. Perls. Citado por Quitmann, 1989, p. 114). ‘El Hombre’ en esta visión es una entidad que piensa y crea a partir del *Cogito universal*, una instancia autoconsciente que por ello no depende para actuar más que de sí misma. Para un célebre psicólogo, Carl Rogers, la autoconsciencia permite que “el individuo se valore a sí mismo [y] esta valoración del sí mismo es la base psicológica de su existencia y sus experiencias” (Quitmann, 1989, p. 135). Por lo tanto, la respuesta a la pregunta ¿quién soy yo? la obtiene el sujeto con su propia consciencia. El individuo debe “descubrir por sí mismo lo que le afecta” (Rogers citado por Fadiman, 1981, p. 305), pues “nunca puedo ser conocido por otro, si no es mediante una interferencia empática, y, aun así, nunca puedo ser perfectamente conocido. El marco de referencia individual...lo conoce tan sólo el propio individuo” (Rogers Citado por Quitmann, 1989, p. 134), de modo que “únicamente la persona misma puede ser responsable de sí misma” (Castanedo, 1990, p. 154).

Las anteriores intelecciones siguen como se observa el estandarte liberal que ha marcado la época moderna. Supone que el ser humano, desde el momento en que nace puede hacer cualquiera de las operaciones que lo caracterizan o lo caracterizaran en la adultez, querer, amar, pensar, fantasear, imaginar, comer, sin la presencia o asistencia de otro. Este desempeño autónomo se supone factible debido a que se cree que el sujeto posee potencialmente las estructuras orgánicas y cognoscitivas para efectuar y cumplir con tal cometido. Posee también, adicional a las estructuras pertinentes, un, por decirlo así, programa funcional que lo va a caracterizar y diferenciar de los demás. Si las facultades mentales que tiene lo hace integrante de la especie humana, el desempeño que hace el sujeto de esas facultades lo harán un ser único y peculiar. Puede llegar a tener pensamientos, juicios y gustos únicos, originales, exclusivos a su persona, ya que puede prescindir de la influencia de los otros, posibilitando así la creación *ex nihilo*.

El resultado de este supuesto es la concepción que a continuación se relata:

El hombre, individuo al fin y al cabo, es una unidad continua en el tiempo en posesión de una identidad personal que normalmente nadie puede poner en tela de juicio (es decir, que todo el mundo da por descontada), unidad en la que las acciones pasadas y futuras parecen ligadas. Esas acciones adquieren su sentido al ser atribuidas lógicamente y también legalmente a un determinado sujeto particular. En otras palabras, que esas acciones hayan sido queridas por un sujeto particular hace que ellas sean inteligibles para un observador exterior que las relacionará con alguna intención o algún otro proceso de decisión; ese

observador podrá también hacer de esas acciones objetos de sanciones. En consecuencia, debe concebirse la sociedad como una población de individuos preconstruidos y preetiquetados, cada uno de los cuales es portador de intereses que tratará de hacer valer (Pizzorno, 1990, p. 198).

Este razonamiento, característico de nuestra época, torna un hecho secundario las relaciones con otros, pues la imagen del hombre que esta perspectiva genera va a ser esa que Hobbes formuló en *Leviatan* (1982): un ser solitario, radicalmente egoísta a causa de las pasiones, pero eventualmente capaz de vivir en comunidad cuando está bajo la constante vigilancia de otros, o cuando es su intelecto el que domina sus acciones y logra así comprender los enormes beneficios que consigue de estar rodeado de otros. El ámbito social no es entonces un escenario constituyente de lo humano, sino simplemente fundamental para la satisfacción de todo un conjunto de necesidades que son inherentes a la biología humana; su función primordial es originar encuentros entre individuos para que se pueda realizar los intercambios comerciales, ideológicos, sexuales con otros que cada uno requiere para sobrevivir. Y desde esta perspectiva, dado que las necesidades son exactamente las mismas en todo individuo, se puede afirmar la validez supuesta de la universalidad de las estructuras sociales que se han concebido hasta el momento para satisfacerlas.

La representación esencialista es la que ha conducido a que reconocidos antropólogos sostengan la idea de un *'esquema cultural universal'*, el cual refiere a un conjunto de instituciones identificables en todas las culturas existentes en la actualidad e igualmente en las pasadas y futuras por existir, que tienen como objetivo satisfacer los deseos y necesidades que origina esa esencia llamada naturaleza humana. En el campo de las ciencias humanas, Clyde Kluckhohn, para Geertz el más fuerte representante de la posición del *consensus gentium*, es celebre por haber elaborado la lista de dichas instituciones, dentro de las que cabe destacar la religión, el matrimonio, o la propiedad, entre otras. Esas instituciones son *"aspectos de la cultura [que] asumen sus formas específicas sólo como resultado de accidentes históricos; otros son modelados por fuerzas que propiamente pueden llamarse universales"* (Kroeber, Citado por Clifford Geertz. 1987. P. 47). La vida cultural del hombre, afirma Geertz, queda de este modo dividida en dos: una acorde con los movimientos internos newtonianos de los hombres, y otra emanada de esos movimientos.

De acuerdo con Geertz, la idea mítica de "El hombre" se sustenta con una concepción que él llama *'estratigráfica'*, según la cual *"el hombre es un compuesto en varios 'niveles', cada uno de los cuales se superpone a los que están*

debajo y sustenta a los que están arriba. Cuando uno analiza al hombre quita capa tras capa y cada capa como tal es completa e irreductible en sí misma; al quitarla revela otra capa de diferente clase que está por debajo” (Geertz, 1987; p. 46). En tal concepción, las capas culturales y sociales operan con las mismas normas que determinan a lo biológico, y se suman al núcleo fisiológico y neurológico con el que nace equipado el niño. De esta manera, la biología se toma como principio causal del comportamiento humano y de sus rasgos biológicos, reduciendo a un nivel secundario los mecanismos de control extragenéticos, que están fuera de su piel.

A partir de lo anterior, todos los miembros de la especie humana se puede sintetizar en un solo individuo; todas sus características, capacidades, juicios, facultades, estética se pueden ejemplificar en una sola persona. “El marco escénico [en diferentes tiempos y lugares] ciertamente cambia y los actores cambian sus vestimentas y su apariencia; pero sus movimientos internos surgen de los mismos deseos y pasiones de los hombres y producen sus efectos en las vicisitudes de los reinos y los pueblos” (Mascou, citado por Geertz 1987. P. 44). La cita corresponde a la de un historiador de la ilustración, Mascou, cuya frase muestra la posición general que la época moderna ha desarrollado sobre lo humano. “Según esto, la naturaleza humana está tan regularmente organizada, es tan invariable y tan maravillosamente simple como el universo de Newton. Quizás algunas de sus leyes sean diferentes, pero hay leyes; quizás algo de su carácter inmutable quede oscurecido por los aderezos de modas locales, pero la naturaleza humana es inmutable” (Geertz, 1987. P. 44). El “UNO” que supone el “individuo” remite a un modelo, a un arquetipo, en términos de Geertz, a *una idea platónica o una forma aristotélica en relación con los cuales los hombres reales –usted, yo, Churchill, Hitler y el cazador de cabezas de Borneo- no son sino reflejos, deformaciones, aproximaciones* (Geertz, 1987. P. 44). Una forma, continua Geertz, que en el caso de la ilustración, suponía que podía descubrirse despojando a los hombres reales de los aderezos de la cultura. Es decir, despojando a cada ser de lo accidental que lo define. Y en el caso de la antropología clásica, ese “Él” esperaba ser descubierto por consenso, discerniendo los caracteres comunes que se dan en todas las culturas. En ambos casos, el resultado es el mismo: un “Él”, una esencia, Una forma

Y como ‘*El Hombre*’ es finalmente Uno, como todos los miembros de la especie humana se puede sintetizar en un sólo arquetipo, como todas sus características, capacidades, juicios, facultades, estética se pueden ejemplificar en un individuo, ese ser prototípico casi siempre termina siendo un fiel reflejo de la imagen ideal masculina occidental, no oriental, no arábiga,

no hindú, no africana. En la misma línea indicada por Richard Rorty (1995), se puede concluir que la expresión “*El Hombre*”, exhibe algunos de los pares antagónicos que clásicamente han dominado nuestra visión de lo que es o de lo que no es plenamente un ser humano. En las imágenes visuales que sirven de medio para representarlo aparece casi siempre una figura que es masculina, adulta, musculosa y con rasgos físicos arios. Su estética es definitivamente la occidental, lo que denota un mensaje poco ambiguo: ser *Hombre* es serlo, en su forma ideal, a la manera occidental. De ese modo, los otros rasgos físicos, las otras estéticas se convierten en desviaciones del ideal, infortunadas malformaciones con las que nacen algunos de los miembros de la especie humana. Y las capacidades que demuestra este ser ideal, serán, desde luego, acordes con las que se promueve y se observa en los hombres occidentales. La imagen que nos ofrecen explícita o implícitamente del hombre prototípico y que sirve de patrón de referencia para todas las personas existentes o por existir es la de un ser que posee unos derechos inalienables que los hace respetar en cualquier lugar y cultura, es autónomo, respetuoso de los demás, y considerando las condiciones políticas actuales, su ciudadanía sería la de algún país del primer mundo, gustaría de la coca cola y trabajaría como ejecutivo en una multinacional.

Según Geertz (1987), la “concepción stratigráfica” subyacente en la idea de individuo logra asegurar las relaciones entre los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en la vida humana, al igual que la independencia y soberanía de las disciplinas académicas establecidas, y la validez de los derechos consagrados en los acuerdos internacionales. Por ejemplo, según lo recuerda Canclini, en 1947, la asociación de antropólogos americanos llegó a afirmar lo siguiente ante la ONU.

En 1947 la asociación antropológica americana, teniendo en cuenta <<el gran número de sociedades que han entrado contacto en el mundo moderno y la diversidad de sus modos de vida>>, presentó a las Naciones Unidas un proyecto de Declaración sobre los Derechos del Hombre que aspiraba a responder a esta pregunta: <<¿cómo la declaración propuesta puede ser aplicable a todos los seres humanos y no ser una declaración de derechos concebida únicamente en los términos de los valores dominantes en los países de Europa occidental y América del Norte?>> a partir de <<los resultados de las ciencias humanas>>, sugieren tres puntos de acuerdo: 1) El individuo realiza su personalidad por la cultura; el respeto a las diferencias individuales implica por tanto un respeto a las diferencias culturales; 2) El respeto a estas diferencias entre culturas es válido por el hecho científico de que no ha sido descubierta ninguna técnica de

evaluación cualitativa de las culturas>>...3) los patrones y valores son relativos a la cultura de la cual derivan, de tal modo que todos los intentos por formular postulados que deriven creencias o códigos morales de una cultura deben ser en esta medida retirados de la aplicación de toda declaración de los Derechos del Hombre a la humanidad entera (Canclini, 2007).

En efecto, el supuesto de “El individuo” ha hecho posible construir artificios conceptuales y metodológicos en los ámbitos políticos, como los propuestos por John Rawls, en los que se indica que el sujeto, abandonando todo lo accidental que lo caracteriza (raza, grupo social, cultura, idioma, etc) y apelando meramente a su naturaleza racional, llegará a acuerdos macros sobre la sociedad, acuerdos que son equivalentes a los que dominan a las naciones liberales (Rawls, 1971). A la sazón, el mito antropológico ha servido para lograr el *consensus gentium* (consenso de toda la humanidad), imprescindible para la validación de las normas que legislan la política mundial y para la aceptación y transmisión del saber que ofrece la ciencia. En este sentido, se ha constituido en un mecanismo eficaz para justificar las acciones encaminadas a proteger la serie de derechos inalienables atribuidos a cada individuo, e impedir de ese modo lo que es signado hoy día como injusticias sociales y actos de lesa humanidad. Razones loables a los ojos de cualquier sujeto moderno.

Pero tal visión de lo humano trae implicaciones que van más allá de lo político. La importancia que se le puede conceder a factores de orden cultural, social y lingüístico en la comprensión de los hechos psicológicos queda enteramente reducida con estas formulaciones. Esta situación ha conducido a que autores como Jerome Bruner (1991), Lev Vygostky (1995), o Barbara Rogoff (1993), reclamen la introducción de ese factor fundamental que en las teorías psicológicas clásicas es cuidadosamente excluido, o por lo menos relegado a posiciones secundarias: la cultura. Ver al hombre como un ser social y cultural implica la revisión de las anteriores enunciaciones que han sido consideradas como incuestionables en nuestra época.

La crítica contemporánea en la psicología a la postura tradicional adoptada con lo social

Si hay algo muy de moda en las escuelas de psicología del mundo son los cuestionamientos que lanzan en contra del esencialismo o la idea de que lo psíquico emerge en el hombre a partir de un núcleo pre- y a-social.

De acuerdo con Bruner, especialmente en la última década del siglo XX operó en la antropología, la lingüística, la filosofía, la teoría literaria y la psicología una revolución que al parecer ha querido recuperar “*el impulso original de la primera revolución cognitiva*” (Bruner, 1991). Dicho impulso la ha llevado precisamente a recuperar el universo del lenguaje, que es también el universo de los contextos, de los significados y de las relaciones, y que perdieron los primeros promotores de la revolución cognitiva, en la década de los años 50. A esta segunda revolución cognitiva, Bruner la denominó ‘la revolución contextual’, una revolución acorde con “el estilo filosófico de nuestro tiempo” (Vitiello, 1994. P. 211).

Esta revolución lo que reclama es volver a considerar al hombre como una entidad sujeta a las circunstancias sociales e históricas, con procesos mentales ligados a los significados formados sociohistóricamente, y a los métodos transmitidos por otros en el proceso de interacción social. Señala, por consiguiente, la necesidad de comprender los procesos sociales y las redes simbólicas que teje toda cultura para comprender los procesos mentales. Desde este punto de vista, se parte de la consideración de que para comprender los procesos mentales es necesario comprender los procesos sociales. Y para comprender los procesos sociales hay que estudiar las redes simbólicas que teje toda cultura. En otras palabras, lo que reclama es volver a considerar al hombre como un ser social y cultural que aprende a negociar los significados de forma congruente con las demandas de la cultura. Así, factores como la disposición total de los elementos materiales que componen una situación, los propósitos explícitos o implícitos de los agentes que participan en el intercambio, los sentidos socialmente promovidos de las acciones que realizan, las personas que participan en el intercambio, la familiaridad y significancia de los objetos empleados, serían esenciales para que un niño se convierta en el adulto que cada cultura desea. La cultura es ese marco de referencia que utiliza el niño para interpretar sus experiencias (Vigotsky, 1987; Bruner, 1991). Y sin ella nunca se daría el desarrollo cognitivo que desde otros paradigmas se atribuye a mecanismos biológicos.

Esta transcendencia que se le otorga a lo cultural y al contexto lleva a que el lenguaje esté lejos de ser entendido como un fenómeno cuya función es meramente la de expresar las ideas, emociones, sentimientos y pensamientos que tenemos. La relación que se establece entre el lenguaje y facultades mentales como el pensamiento implica la inversión del clásico vínculo de subordinación en el que estaba confinado el lenguaje con res-

pecto a los procesos psíquicos (Vigotsky, 1995) y que Piaget en sus estudios de la inteligencia del niño consideró válido (Piaget y Inhelder, 1969). La realidad psíquica podría ser una construcción efecto de los usos del lenguaje, y del intercambio de significados que establecemos con los otros. Es decir, “no existe el psiquismo sin material sónico” (Bajtin, 1992, p. 52). Delimitado así el hombre, se puede concluir que ninguno de los procesos psíquicos viola la concepción del ser humano como un ser relacional. Hasta el pensamiento mismo sería un proceso relacional, aunque nos guste creer que en nuestro fuero interno habitamos únicamente nosotros. En términos del lingüista ruso Michael Bakhtine es: “Todo signo resulta de un consenso entre individuos socialmente organizados en el transcurso de un proceso de interacción, razón por la cual las formas del signo están condicionadas tanto por la organización social de dichos individuos como por las condiciones bajo las cuales la interacción tiene lugar (1989, p. 67). En efecto, “la enunciación es el producto de la interacción de dos individuos socialmente organizados e incluso, si no hay un interlocutor real, puede ser substituido por el representante medio del grupo social al que pertenece el locutor (...). No es pues la actividad mental la que organiza la expresión, sino más bien es la expresión la que organiza la actividad mental, modela y determina su orientación” (Bajtín, 1992, p. 123).

Ciertamente, tales acervos vuelven absolutamente controvertible la clásica imagen del Hombre como una entidad que solo se puede definir por su inteligencia lógico matemática y en el que es posible y válido establecer estándares universales para ser aplicados por igual a todos los miembros de una población. Al estar todas las propiedades de los sujetos (sentimientos, destrezas, habilidades cognitivas, etc), sometidas a una condición irreductiblemente relacional, estas tienen una dimensión relativa debido a que reproducen de un modo u otro la estructura social y simbólica en la cual están insertos los sujetos. En este orden de ideas, cada cultura aporta instrumentos distintos (tecnologías, situaciones de interacción, agentes de intercambio), instrumentos que están claramente relacionados con los valores que se promueven en su interior, y que pueden conllevar a diferencias notables en los procesos cognitivos, dado que tecnologías distintas demandarían habilidades diferentes (Rogoff, 1993).

El reconocimiento del hecho de que el pensamiento siempre es moldeado culturalmente e imbuido de sentimientos, los cuales a su vez reflejan un pasado culturalmente ordenado y no existe aislado de la vida afectiva, sugiere que, así como el pensamiento no existe aislado de la vida afectiva,

así también el afecto está culturalmente ordenado y no existe separado del pensamiento. En lugar de considerar la cultura como una fuente arbitraria de “contenidos” que son procesados por nuestras mentes universales, se hace necesario preguntar cómo pueden los “contenidos” mismos afectar la “forma” del proceso mental. Y luego, en lugar de considerar a los sentimientos como un dominio privado (a menudo animal y presocial) que es –irónicamente– lo más universal y, al mismo tiempo, lo más particular del sí mismo, sería más sensato pensar las emociones no como algo opuesto al pensamiento, sino como cogniciones, esto es, como pensamientos encarnados [...]. Los sentimientos no son sustancias que puedan ser descubiertas en nuestra sangre, sino prácticas sociales organizadas en narraciones que efectuamos y que relatamos: son estructurados por nuestras formas de entendimiento (Rosaldo: Citado por Sampson 1999).

Como es de suponer, estos postulados no son aceptados por parte de quienes como Paul Harris realizan lo que llaman “una defensa darwiniana de un conjunto universal de emociones de base biológica” (Harris, 2001, p. 101). Paul Harris afirma que las emociones son de base biológica porque considera que es universal el guion con que opera una serie de emociones básicas. En ese sentido asegura lo siguiente:

[se equivocan quienes] hacen hincapié en la construcción social de la emoción... [dado que] la aparición de las emociones de orgullo y vergüenza y su comprensión final, no pueden derivar en su totalidad de un guion culturalmente prescrito, sino que se inician con una comprensión de emociones básicas como la felicidad, la tristeza y la ira... Los niños no tienen que comprender las normas sociales para experimentar tales emociones básicas y atribuirles a los demás. Por tanto la vida emocional de los niños no comienza con el aprendizaje de un guion cultural; nacen con la capacidad de experimentar las emociones básicas de la tristeza, la ira y la alegría cuando un objetivo deseable se pierde, se bloquea o se consigue (Harris, 2001, p. 102).

Lo interesante que muestra Harris (2001) es la conexión tomada por certeza entre lo universal y lo biológico, con el cual se afirma que basta con indicar que un fenómeno humano es común a todos los hombres para asegurar que dicho elemento está exclusivamente determinado por la biología. Ahora bien, es claro que si descubre que ciertos factores del ser humano se originan en principios biológicos, se torna lógico creer que estos son generales a todos los miembros de la especie por poseer todos el mismo plasma sanguíneo. Igualmente es claro que si se sostiene que los procesos mentales están ligados a los significados formados sociohistoricamente,

y a los métodos transmitidos por otros en el proceso de interacción social, se llega a un relativismo que vuelve absolutamente controvertible la búsqueda de estándares universales estrictos para ser aplicados por igual a todos los miembros de la especie. Sin embargo, tal conexión no es en sí misma válida e inobjetable. Por ejemplo, podría ser un hecho universal, de todas las culturas humanas conocidas, la música, la religión y otros tipos de artes y prácticas sociales. ¿Significa ello que dichas artes están biológicamente determinadas, codificadas sus posibilidades a través de los genes? Suponer lo anterior implicaría que desde los genes se anticiparía lo que socialmente el hombre va a obtener en su cultura. En otras palabras, se estaría señalando que desde siempre el hombre estaba programado genéticamente para tales prácticas, anticipándose en los genes lo que culturalmente iban a lograr todas las sociedades humanas.

La psicología tradicional, típicamente esencialista, ha aceptado sin reparos esta comprensión universalista de lo humano, sin explorar, por ejemplo, si las leyes mendelianas podrían estar supeditadas a las normas sociales del grupo y a los desarrollos tecnológicos de las culturas. Es decir, los saberes además de organizar los modos de relación que se dan entre las personas y su medio podrían estar moldeando el cuerpo de los individuos al utilizar a su conveniencia las leyes que rigen a lo orgánico. Las características físicas no hablan simplemente de la fisiología, sino del sistema social al que pertenece el sujeto, pues los rasgos corporales pueden reflejar la sociedad de la que proviene. Por ejemplo, no son las leyes orgánicas las que realmente explican la prevalencia que se puede dar en una población de los rasgos faciales de una raza determinada. Son las tecnologías, las instituciones y el discurso en el cual fue socializada la población la que en últimas permite la comprensión de esta situación. Si el hombre es una entidad sujeta a las circunstancias sociales e históricas, cuestiones como grupos étnicos predominantes histórica y socialmente, grupos étnicos sobrevivientes, reglas morales transmitidas, tecnologías desarrolladas, estructura social y política organizada, tipo de alimentación, exigencias de trabajo impuestas al cuerpo, habilidades esperadas por la sociedad, cuestiones todas entendibles como sociales, crean las condiciones necesarias para que ciertos rasgos físicos predominen y otros no, escenario que es consecuencia directa del programa ideológico general en que son socializados los sujetos.

Por lo anterior, Geertz asegura que las categorías de Kluckhohn son categorías vacías.

“La razón por la cual no [son sustanciales]...es la de que no pueden serlo. Hay un conflicto lógico entre afirmar, por ejemplo, que ‘religión’, ‘matrimonio’, o ‘propiedad’ son principios universales empíricos y darles un contenido específico, pues, decir que son universales empíricos equivale a decir que tienen el mismo contenido y decir que tienen el mismo contenido implica ir contra el hecho innegable de que no lo tienen. [...] Aún cuando uno procure mantenerse en planos menos abstractos y afirmar, como lo hizo Kluckhohn, que es universal el concepto de una vida después de la muerte... para hacer [que esa] generalización...resulte igual para los confucianos y calvinistas...debe uno definirla en términos muy generales, en verdad tan generales que queda virtualmente evaporada toda la fuerza que parece tener” (Geertz, 1987; p. 48).

Lo que Geertz nos dice es que “el hecho de que en todas partes la gente se acople y genere hijos, el hecho de que tenga cierto sentido de lo mío y de lo tuyo y se proteja de una u otra manera de la lluvia y del sol... difícilmente puede [eso] ayudarnos a trazar un retrato del hombre que sea fiel a éste por su semejanza y no una vacua especie de caricatura a lo “John Q. Public” (Geertz, 1987; p. 48). Pero aunque categorías como ‘religión’ son ontológicamente no sustanciales, lo son políticamente, pues al final restringen los contenidos específicos que se pueden nombrar con esa categoría. Como en los últimos años se comprobó, permiten decir que no es una religión la que promueve ciertos grupos extremistas musulmanes, sino ‘fanatismo’ surgido “de una ‘errónea’ y ‘acomodada’ interpretación de la realidad. En otros términos, si esos musulmanes quieren vivir como todo el mundo deberán ser ‘gente como nosotros’, esto es, leer en el Corán el ‘correcto’ evangelio liberal que debe haber hecho Mahoma, lo que obligaría a todo musulmán a vivir bajo la lógica de dos morales: su moral social y la moral del acuerdo universal de respeto de los derechos humanos.

De este modo, la comprensión esencialista de lo humano sin duda sirve para tratar de lograr el *consensus gentium*, sólo que se logra a condición de que cada ‘bípedo sin plumas’ se adapte a la visión de mundo occidental para que sea considerado un ser humano. En ese sentido, llama mucho la atención la propuesta arriba mencionada que los antropólogos americanos presentaron a la ONU. Lo que resulta curioso de sus planteamientos, según lo resalta Canclini, es que intentando evitar el etnocentrismo incurre en él: *su punto de partida es el individuo, no la estructura social; el respeto a las diferencias se fundamenta en la lógica metodológica propia del saber occidental; y la sugerencia final es el agnosticismo moral, el desarrollo de una política sin*

moral, como si ella misma no lo fuera. La noción es más excluyente de lo que aparenta, lo que obviamente es un contrasentido con el principio que divulga. Desde la expresión que se emplea hasta las imágenes asociadas a esa expresión, muestran que la condición de Humano remite a un ideal que no todas las crías de los ‘bípedos sin plumas’ cumplen a cabalidad. Esta situación lleva a concluir, en oposición a lo que indica Rorty (1995), que no son tres los principales modos con los que los humanos paradigmáticos se distinguen de los casos limítrofes. Además de los pares animal/hombre; mujer/varón; niño/adulto falta incluir aquellos que determinan los movimientos discriminatorios en nuestro mundo: blanco/negro, amarillo; rico/pobre; occidental/no occidental; etc.

Una última cuestión queda por ser examinada sobre esta concepción individualista que de común la psicología ha promovido desde sus análisis y es el supuesto de una imagen unitaria de lo que es la mente y el cuerpo en las personas. Unitaria, no en el sentido que la mente y el cuerpo sean una sola y misma cosa, sino en el sentido que a un cuerpo se liga una mente. O expresado de otra manera, lo psíquico tiene como límites las paredes del cuerpo. Y en cada cuerpo se instala una única mente. Una visión cultural o social de lo humano advierte lo controvertible que resulta dicho discernimiento al indicar que el ser de cada sujeto no habita únicamente en su cuerpo; se escapa por sus poros y abarca mucho más que los límites que imponen su biología corporal.

Una hipotética situación, un tanto dantesca, puede servir de ilustración con respecto a esto. Imaginemos que un familiar amado de quien lee esto es aprehendido por algún desquiciado que se complace con el dolor físico que le produce. ¿Le dolería a usted el dolor infringido a su familiar? Si es así, ¿por qué le duele lo que le pasaría a él, que aunque sea un ser amado suyo, es a él quien torturan, no a usted? ¿No debería simplemente decir usted, ‘tan mala la suerte de mi familiar que es torturado’, y solamente empezar a preocuparse si ve al demente con deseos de continuar con usted? Una postura consecuente con la concepción del individuo torna engorroso explicar ese dolor que se siente en cuerpo ajeno. Y si el desenlace de esta siniestra situación es fatal, falleciendo su familiar, ¿acaso no ‘muere’ también el amante con la muerte de su ser amado?

“...cuando fenece una de las personas que nos son próximas, cuando la muerte alcanza a nuestro padre, a nuestro consorte, a un hermano, un hijo o un caro amigo, sepultamos con él nuestras esperanzas, nuestras demandas, nuestros goces; no nos dejamos consolar y nos negamos a sustituir al que perdimos.

Nos portamos entonces como una suerte de Asra, de esos que mueren cuando mueren aquellos a quienes aman” (Freud, 1985, p. 291).

Después de todo, la psiquis no parece estar restringida a las paredes de nuestra piel. Ella habita en otros cuerpos, y sufre y siente los padecimientos que recibe otras carnes. En otras palabras, mi ser no es la unidad que la concepción liberal señala. Yo soy más que yo; yo soy yo, mi hijo, mi mujer, mi madre, mi padre, mis hermanos, mis amigos, mis profesores y cada una de las personas por las que he sentido apego.

Conclusión

El filósofo Karl Popper promulgó una concepción epistemológica en la cual se plantea la existencia de tres mundos o universos distintos, independientes pero interconectados: “Primero, el mundo de los objetos físicos, o de los estados físicos; en segundo lugar, el mundo de los estados de conciencia o de los estados mentales o, quizá, de las disposiciones comportamentales a la acción; y en tercer lugar, el mundo de los contenidos de pensamiento objetivo, especialmente, de los pensamientos científicos y poéticos y de las obras de arte” (Popper, 1982, p. 106). A través de varios experimentos mentales, Popper en su conferencia “Epistemología sin sujeto cognoscente”, se dedica a probar el carácter desligable que tiene el tercer universo del mundo de los objetos y del mundo de los sujetos, universo en el que habitan los símbolos, los significantes o los significados que nos son transmitidos de generación en generación a través del lenguaje.

Popper, en las líneas finales de su conferencia, define al tercer mundo como un mundo exosomático y exopsíquico, al que debemos casi todo: “... debemos al tercer mundo, [a nuestros predecesores y a la tradición creada por ellos], especialmente nuestra racionalidad –es decir, nuestra mente subjetiva, la práctica de los modos de pensar críticos y autocríticos y las disposiciones correspondientes” (Popper, 1982, p. 142). O dicho de otra manera, “si Whorf estuviese en lo cierto, nuestra aprehensión intuitiva del tiempo –el modo que tenemos de ‘ver’ las relaciones temporales– dependería en parte de nuestro lenguaje y de las teorías y mitos que llevan incorporadas: nuestra propia intuición europea del tiempo tiene muchas deudas contraídas con los orígenes griegos de nuestra civilización, con su énfasis en el pensamiento discursivo” (Popper, 1982, p. 131).

Eso, para los intereses de los psicólogos, significa que “lo que se puede llamar segundo mundo –el mundo de la mente– se convierte cada vez más en el nexo entre el primer y el tercer mundos: todas nuestras acciones en el primer mundo están influidas por nuestra captación segundo-mundana del tercer mundo. Por eso es imposible comprender la mente humana y el ego humano sin comprender el tercer mundo (la ‘mente’ o ‘espíritu objetivo’); y por eso es imposible interpretar sea el tercer mundo como mera expresión del segundo, sea el segundo como mero reflejo del tercero” (Popper, 1982, p. 143). De este modo, Popper agrega a la reconocida diada sujeto-objeto de las epistemologías científicas (y al elemento unívoco de las epistemologías paracientíficas, el sujeto), un tercero, la cultura, el lenguaje

Una psicología asentada sobre una epistemología de este tenor, que toma lo simbólico como factor fundamental para comprender al hombre, que hace del significado un fenómeno social, y por consiguiente, a la mente también, es la que actualmente se está explorando desde la llamada revolución contextual. En esta nueva perspectiva psicológica se reconoce al hombre como el animal más dependiente de los mecanismos de control extragenéticos, que están fuera de su piel, de esos programas culturales para ordenar su conducta. En otras palabras, adopta una visión que Serge Moscovici (1985) llamó psicosocial. Esta se caracteriza por una lectura ternaria de los hechos y de las relaciones humanas. El tercer aspecto corresponde a lo que Karl Popper denominó el tercer mundo, que hace referencia a la dimensión semiótica, simbólica, cultural, social, absolutamente excluida en las teorías asentadas sobre una base positivista, las cuales aspiran elaborar conocimiento de la realidad humana en forma a-contextual, a-cultural, a-histórica.

Referencias Bibliográficas

- Bajtín, M. (1989). *Teoría y estética de la novela*. Madrid: Taurus.
- Bajtín, M. (1992). *El marxismo y la filosofía del lenguaje (Los principales problemas del método sociológico en la ciencia del lenguaje)*. Madrid: Alianza editorial.
- Barriga, S. (1991). Psicología ¿para qué? Sobre los modelos de intervención psicológica. *Revista Papeles del psicólogo*, 50: 49-52.
- Bruner, J. (1991). *Actos de Significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza editorial.

- Canclini, N. (2007). *Odios Globalizados*. En <http://www.cceba.org.ar/evento/textos/294-aa.htm>. Fecha de consulta. Febrero 2019.
- Canguilhem, G. (1998). ¿Qué es la psicología? *Revista Colombiana de Psicología*, 7. pp. 7-14.
- Descartes, R. (1994). *El discurso del método*. Madrid, España. Alianza Editorial.
- Freud, S. (1985). “Nuestra actitud hacia la muerte”. *Las obras completas de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Foucault; M. (2005). *Filosofía y Psicología*. (Inédito) Traducción por William González; Revisión por A. Sampson. En *Dits et Ecrits*, vol I, París. Gallimard, 1994.
- Geertz, C. (1987). *El Impacto del Concepto de Cultura en el Concepto del Hombre*. Barcelona: Gedisa.
- Harris, P. (2001). *Los niños y las emociones*. España: Alianza Editorial S.A.
- Kroeber, L. (1995). “Lo superorganico”. En: Kahn, J.S. (comp.): *El concepto de cultura*. Barcelona: Anagrama.
- López, O. (1998). El paradigma de la complejidad en Edgar Morin. *Revista del Departamento de ciencias: NOOS* (7). pp. 98-115.
- Moscovic, S. (1985). *Psicología social. Influencia, y cambio de actitudes, individuos y grupos*. Barcelona, España. Editorial Paidós.
- Piaget, J. (1992). ¿Volver a Piaget? Cali, Colombia. Universidad del Valle. Centro editorial.
- Piaget, J. e Inhelder, B. 1969 *La psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Pizzorno, A. (1990). “Foucault y la concepción liberal del individuo”. En *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Popper, K. (1982). “Epistemología sin sujeto cognoscente”. En *conocimiento objetivo. Un enfoque evolucionista*. Madrid: Ed. Tecnos S.A.
- Rawls, J., (1971). *Teoría de la Justicia*. Cuarta reimpresión, México: Fondo de Cultura Económica.
- Reale, G. y Antiseri, D. (1995). *Historia del pensamiento filosófico y científico*. Barcelona, España, Editorial Herder.
- Rogoff, B. (1993). *El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Rorty, R. (1995) “Derechos Humanos. Racionalidad y Sentimentalismo”. *Praxis Filosófica. Ética y política*, 5: 211 – 234.
- Sampson, A. (1999). “Psicología, cultura y Valores”. En *Revista Colombiana de psicología*. Bogotá.
- Salcedo, M . & Obando, L . (2016). La comprensión filosófica de Georges Canguilhem del concepto de subjetividad en el texto: ¿Qué es la psicología? *[Con]textos*: 5 (18), pp. 11-20.
- Spotorno, A. (1991). *Origen y evolución de la especie humana*. Santiago de Chile, Chile. Centro de Extension Biomedica, Universidad de Chile, Facultad de Medicina.
- Vernant, J. (1987). *Mito y tragedia en la Grecia antigua*. Madrid, España. Editorial Taurus.
- Vitiello, V. (1994). Racionalidad hermenéutica y topología de la historia. En *Hermenéutica y racionalidad*. Bogotá: Editorial Norma.
- Vigotsky, L. S. (1987): *Historia del desarrollo de las Funciones Psíquicas Superiores*. Ciudad de la Habana: Ed. Científico Técnica.
- Vigotsky, L. S (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.

La ciudad como agente educador

The city as an educating agent

Marco Alexis Salcedo Serna

Universidad Nacional de Colombia, Campus Palmira. Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Resumen

El siguiente texto reflexiona sobre uno de los aspectos que implica la relación entre Educación-ciudad, la problemática de la dimensión educativa que tiene la ciudad, que cabe diferenciarla de la problemática de la dimensión urbana que puede y debe tener la educación formal. El texto se centra en el primer aspecto indicado interrogando por lo que Edmund Husserl llamó el mundo familiar de los sujetos, es decir, el mundo de la vida que se oferta en la ciudad. Específicamente, se apuntó a generar posibilidades de respuesta a la pregunta ¿cómo educa la ciudad? El interrogante presupuso como válida la tesis de que la ciudad educa a sus ciudadanos, en tanto se considera que la ciudad es constituyente del carácter, del ethos de sus habitantes. A dicha visión de ciudad se le denomina aquí “ciudad educativa”, cuyo sentido e implicaciones se quiere presentar en este escrito.

Palabras clave: ciudad, subjetividad, educación, ciudadanos, espacio público.

Cita este capítulo

Salcedo Serna, M. A. (2020). La ciudad como agente educador. En: Ordóñez, E. J. y Velasco Vargas, K. S. (eds. científicos). *Salud y educación: horizontes y retos investigativos contemporáneos*. (pp. 169-182). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Abstract

The following text analyzes one of the aspects that the relationship between Education-city entails, the problem of the educational dimension that the city has, which can be differentiated from the problem of the urban dimension that formal education can and should have. The text focuses on the first aspect indicated by questioning what Edmund Husserl called the familiar world of the subjects, that is, the world of life that is offered in the city. Specifically, it aimed to generate possibilities of answering the question, how does the city educate? The question presupposed as valid the thesis that the city educates its citizens, while the city is considered to constitute the character, the ethos of its inhabitants. This vision of the city is called here “educational city”, the meaning and implications of which we want to present in this writing.

Keywords: city, education, public space, subjectivity, citizens.

La ciudad, un agente educativo

Aseverar que en la ciudad, en sus espacios abiertos y expuestos a los ojos de todos, opera una educación sentimental, no es una afirmación que resulte obvia a oídos de cualquier persona. Si esa persona que escucha ésta afirmación tiene una formación en psicología, quizás no solo no le parezca obvia, sino antagónica con los presupuestos que reconoce son parte de la tradición psicológica cristalizada por décadas. El escenario por antonomasia de la formación y composición del sujeto ha sido la casa, ámbito en la que la familia se instaura y se mantiene. Por ello, se asevera que los modos de relación de un sujeto con los otros, sus maneras de reaccionar, pensar y comportarse ante diversas circunstancias, en soledad o en compañía, son efectos de las prácticas sociales y tradiciones culturales transmitidas principalmente por los padres y de los dramas que se recrearon en el seno familiar, especialmente de aquellos que surgieron cuando la puerta de la casa que conducía a la calle era cerrada. Si a la anterior concepción se le agrega la común visión de que la ciudad es simplemente un asentamiento de gran tamaño donde viven grandes poblaciones, delimitado por todo un conjunto de accidentes geográficos, “un espacio físico donde se asientan diferentes grupos sociales, se enfrentan diversos intereses, se concentra el desarrollo de una región y se administran políticas de gobierno” (Cabrerías, 2005, p. 142), se torna de

esta manera una imposibilidad teórica concebir la tesis de una ciudad educativa.

Hay que destacar que la anterior visión fiscalista de la ciudad, ha sido históricamente preparada, mas no directamente afirmada, por otra perspectiva que ubica la ciudad como un escenario configurado por ciertas prácticas, costumbres, creencias y conocimientos acumulados y atesorados por una comunidad. “La ciudad puede ser entendida como un “espacio físico” donde se aglomeran grandes poblaciones, y de otro lado es un “espacio social” en constante recomposición. Su construcción, entonces, no sólo es física, sino también del orden de lo social, de unas formas de sociabilidad que se han caracterizado en Occidente como propias de la urbe” (Jurado, 2003, p. 116). De acuerdo con esta otra concepción, la ciudad sería un espacio social, un escenario en el que se reproduce y crece la vida de la comunidad, alimentado por lo urbano. No bastaría, entonces, que haya un conglomerado de personas con costumbres y creencias para que reciba el nombre de ciudad. Se requeriría que esas costumbres y creencias estuvieran decididas por la civilidad urbana que la consciencia política de los griegos antiguos estableció. Para las tradiciones latinas y griegas, la ciudad era un “escenario de la vida política participativa y civilizada, donde se configura una cultura de la diversidad y multiplicidad entre sujetos y grupos” (Jurado, 2003: p. 116). El análisis de las maneras como se han realizado o concretado principios como la ley común, el espacio público, y el uso de la argumentación en cada ciudad o nación, las luchas implementadas para defender estas tradiciones griegas, entre otras cosas, son aspectos que también incluye esta concepción antropológica-sociológica de la ciudad.

Sin embargo, de lo que se trataría ahora es de reclamar nuevamente la inclusión del ciudadano en los análisis que se realicen de la ciudad, defendiendo con ese reclamo una concepción diferenciable de la misma, que tenga incidencia no solo en los planes políticos, urbanísticos y sociales que se hacen para su futuro, sino también en los modelos de comprensión teórica que se presentan para aprehender las formas como en ella han operado los procesos que la caracterizan, los elementos que la han compuesto y los determinantes que la han estructurado a lo largo de la historia.

Pensar las ciudades desde el punto de vista del ciudadano es un esfuerzo intelectual que implica enmarcarlas conceptualmente en los dominios psicológicos y educativos del saber. De ahí entonces que se señale a esta concepción con el nombre de Ciudad Educativa. Esta visión, en términos definitorios, corresponde a una concepción que da cuenta de un hecho

de la realidad social, de un dato registrable mediante diferentes formas metodológicas. A saber, la incidencia que tiene en los sujetos un campo social como es el de la ciudad. Al proceso de afectación se llama aquí educación, y no se restringe dicho proceso a la apropiación cognitiva de una serie de contenidos; remite al proceso y efecto de la amplia determinación psicológica de la ciudad sobre los individuos, o en términos de Pierre Bourdieu, al encuentro del *habitus* colectivo con el *habitus* individual del *civitas*, en la ciudad como espacio físico y social, dinámico y estructurado, donde los agentes sociales se relacionan de manera permanente y dinámica (Tellez, 2002). Esta perspectiva, además de psicologista, romántica según Gustavo Montañez (2000, p. 33), implica la necesidad de leer y analizar los imaginarios y las percepciones que en nosotros despierta la existencia y el movimiento de la ciudad, pues muchos de los rasgos de la vida cotidiana de los moradores de la urbe y de sus relaciones con su entorno, precisa Montañez, pueden ser explicados al menos parcialmente por esa ciudad percibida por el individuo.

De este modo, comparece de un reduccionismo alarmante la aún dominante visión en las ciencias humanas y sociales de que los sujetos, en sus maneras de comportarse, comprender, existir, son efectos exclusivos de las experiencias sentimentales que vivencian en la serie de instituciones en las que son inscriptos, desde su nacimiento hasta su muerte. Por ejemplo, se reconoce con facilidad la influencia educativa de la familia, considerada “la primera escuela del hombre”, “el agente educador universal”, “la institución primaria”, por cuanto se le considera responsable de formar en las mentes de los sujetos mensajes pedagógicos indelebles que afectaran sus vidas a lo largo de sus existencias. El colegio, la universidad y las entidades laborales son el otro conjunto de instituciones cuya incidencia en el *ethos* individual es también advertido, mencionado directamente en la amplia bibliografía existente sobre educación y sujeto. Lo asegurado aquí es que hay también, de ningún modo de un carácter secundario, una educación sentimental de fuerte incidencia sobre los sujetos alejada de cualquier marco institucionalizante: la ciudad en sus espacios públicos.

Educamos a nuestros niños, dice Edmund Husserl, sobre cosas, estados de cosas y valores, tal como nosotros los vemos. A este sentido explícitamente expresado lo asiste un sentido cultural implícitamente transmitido, y se tramita a través de un mecanismo que es equivalente al proceso de formación del sujeto. Educarse es entonces vivir, tener experiencias,

descubrir “el sentido espiritual” que guardan los objetos singulares del mundo familiar, es revelar e incluirse en la construcción social que hizo factible el objeto. Pues bien, desde las posibilidades que puede brindar esta concepción de ciudad, se insiste en la necesidad de reunir datos y reflexiones que muestren algunas páginas del contenido curricular que se oferta en la clase diaria que se llama “la vida cotidiana en el espacio público de las ciudades colombianas”.

La ciudad: un actante

Estamos habituados a pensar la ciudad básicamente como una estructura. Por ello, se le define como un espacio, ya sea físico, ya sea social. Esta posición sobre la ciudad ha estado históricamente determinada; afirmada inicialmente por los trabajos realizados por los urbanistas y arquitectos, fue revitalizada luego con los aportes efectuados por distintos autores que hablaban de la ciudad como un sistema semiótico, una forma aprehensible como “sistema de signos” (Sieverts, Schneider y Trieb, citados por Walther, 1994), como “discurso” (Barthes, 1993, p. 260), o como “macro enunciado de una materialidad que se destila en uno o más sistemas simbólicos” (Gennari, 1998, p. 100).

Sin embargo, tal circunstancia narrada no corresponde a la realidad académica y social del momento: las tendencias globalizadoras de la cultura y la economía, la aparición de nuevas tecnología de comunicación, las crisis de los sistemas políticos que regían para el mundo después de la segunda guerra mundial, en general, la misma realidad urbana cotidiana, han mostrado que en las ciudades del mundo no se corrobora la existencia de un trasfondo estructural único, una macroestructura general que explique, determine, organice y dirija los fenómenos sociales que en ella acontecen. En contra de la aseveración de Barthes de que “cualquier ciudad, no importa cual, es una estructura” (Barthes, 1993, p. 266), Canclini argumenta que estas, “ciudades desgarradas por crecimientos erráticos y una multiculturalidad conflictiva, son el escenario en que mejor se exhibe la declinación de los metarrelatos históricos, de las utopías que imaginaron un desarrollo humano ascendente y cohesionado a través del tiempo” (Canclini, 1995, p. 100). La homogeneidad de la ciudad, sentencia Imbert, es una falacia: “La ciudad es palimpsesto. Es un ser inacabado, que se va construyendo de acuerdo con los recorridos que en él se efectúan” (Imbert, 1987, p. 191).

Lo anterior no obsta para seguir percibiendo en la ciudad un topos, un lugar, o para hacer de la vieja intuición de Victor Hugo, citada por Barthes, una tesis a desechar. Aun sigue siendo cierto que la ciudad es una escritura, y quien se desplaza por ella, el usuario de la ciudad, es un lector de esa escritura. Sólo que hay que reconocer que el sueño de Barthesiano de encontrar “El Lenguaje de la ciudad” (Barthes, 1993, p. 266), dominando, según lo afirmaba, todas las lecturas que hacían las diversas categorías de lectores presentes, se prefigura hoy día como una utopía.

Nos hallaríamos, así, en una sin-salida teórica en los estudios de la ciudad sino contáramos con las nuevas líneas trazadas en distintos campos del conocimiento, en especial, los que emergieron a partir del giro pragmático que tuvo la semiótica y la filosofía del lenguaje. Basándose en la aportaciones teóricas de una semiótica de la acción o pragmática, nuevas semióticas que en parte él mismo ha ayudado a desarrollar con el nombre de sociosemiótica, Gerard Imbert afirma la ciudad como un actante: “La ciudad es, ante todo, un ser paradójico: obra del hombre, resultado de un querer-ser histórico y, sin embargo, actante inconexo, no jerarquizado, susceptible de lecturas y recorridos varios. Estructura abierta, si las hay” (Imbert, 1987, p. 193). Esto es quizás lo mismo que señala Maria del Mar Llera (1991), semióloga española, cuando de modo general dice que el hombre es súbdito y señor de la realidad signica que crea. Esa faceta de sumisión ante sus productos, permite ubicar la ciudad como un actante colectivo, un agente que educa a partir de las experiencias que de modo impositivo posibilita y crea. Polémica puede llegar a ser esta concepción de ciudad, pero no se presta para el menor equivoco en su presupuesto. Aquí la ciudad aparece como fuente de acciones educativas cuyo blanco son los ciudadanos que la habitan.

Ahora bien, si estamos señalando con Imbert que la ciudad es un actante no es porque estemos haciendo simplemente uso de una figura retórica de significación, el de la personificación, en tanto que se le esta confiriendo el carácter de agente a una entidad que por definición no lo es. El uso del tropo no pretende constituir a la “ciudad” en un enunciado literario o poético. El tropo lo que expresa literalmente es que la ciudad, al ser el lugar del aparecer y del parecer, el lugar de la teatralidad cotidiana, participa activamente en el proceso de subjetivización del individuo. Esta cumpliría una función enunciativa; su existencia comportaría un conjunto de condicionamientos contextuales precisos que delimitarían las posibilidades de acción discursiva y no discursiva de sus ciudadanos. Tales condiciona-

mientos estarían fijados por una serie de acontecimientos enunciativos que ya se han producido, que se mantendrían principalmente en la memoria colectiva de una comunidad o en la materialidad física que caracteriza a una ciudad. La ciudad, entonces, determinaría ejes cognitivos, modos de comportamiento y destrezas específicas de los seres que la habitan, al incidir permanentemente en los mapas narrativos que el colectivo elabora para que sus miembros guíen sus actuaciones y sus comprensiones de la realidad y de sí mismos.

Aseverar lo anterior, por supuesto, no se constituye en una novedad (Luque, 2003; Herrera y Londoño, 2020). Se le puede encontrar por doquier en la historia de civilización occidental. Jahir Rodríguez nos recuerda que el reconocimiento de la incidencia que tiene la ciudad en la formación del individuo es muy antiguo. “De ello es prototipo la ciudad griega con el ágora y la academia (la *polis*) y la ciudad romana con sus foros y liceos (*civitas*); allí se daba la formación académica de la época y la educación pública en el ejercicio del debate político de los ciudadanos”. (Rodríguez, 2001, p. 59). De ahí las figuras como la Hidra, o la esfinge de Tebas. Como lo afirma el español Pedro Azara de la Universidad Politécnica de Cataluña, estos relatos mitológicos mostrarían la vieja convicción de que “la ciudad es un organismo que tiene el poder de afectar o modificar profundamente la vida de los hombres” (Azara, 2000, p. 158). Las prevenciones de Hesiodo contra los peligros de la vida urbana y los afanes de Cicerón en la Roma antigua de partir hacia las villas de campo corroboran que la ciudad para el mundo antiguo, o por lo menos, para algunos de ellos, tenía el carácter de entidad -nefasta, por cierto-, de megamáquinas, al decir de Guattari, o en palabras de Lewis Mumford -citadas por Guattari-, de productoras de subjetividad individual y colectiva, mediante los servicios colectivos que brindaba (educación, sanidad, control social, cultura, etc.). Platón mismo también lo llegó a afirmar: son las mismas paredes de la ciudad las que educan a los niños y a los ciudadanos. (Platón, citado por Castoriadis, 1999, p. 209), palabras que Winston Churchill en el siglo XX actualizará en su sentencia primero el hombre determina cómo han de ser los edificios, luego los edificios determinan cómo deben ser los hombres.

Otro caso especial en la misma vía, mencionado por Jahir Rodríguez, está en el pensamiento de Kant cuando describe su ciudad y la propone como ideal: “una gran ciudad, el centro de un reino, en la que se encuentren los órganos del gobierno, que tenga una universidad (para el cultivo de las ciencias), y además una situación favorable para el comercio marítimo,

que facilite un tráfico fluvial tanto con el interior del país con otros países limítrofes y remotos de diferentes lenguas y costumbres, -una tal ciudad, como por ejemplo Kónisberg a la orilla del Pregel, puede ser considerada como un lugar adecuado para el desarrollo tanto del conocimiento de la humanidad como del mundo: donde dicho conocimiento puede ser adquirido inclusive sin tener que viajar” (Rodríguez, 2001, p. 59). Si creemos en la evocación nostálgica que hace el ilustre filósofo prusiano de su ciudad natal, Kónisberg correspondería a lo que Gennari ha llamado un “ambiente educativo”, por ser un lugar “donde un status material y simbólico, rico en potencialidades culturales, ofrece al hombre ocasión de crecimiento y formación” (Gennari, 1998, p. 100).

Y en la actualidad, con el surgimiento del término de ciudad educadora, se reafirma la concepción de la ciudad educativa. Ciudad educadora es un proyecto que insta a la ciudad como un agente socializador esencial, tal como lo enuncia el primer párrafo de la carta de ciudades educadoras: “Hoy más que nunca la ciudad, grande o pequeña, dispone de incontables posibilidades educadoras, pero también pueden incidir en ella fuerzas e inercias deseducadoras. De una forma u otra, la ciudad presenta elementos importantes para una formación integral: es un sistema complejo y a la vez un agente educativo permanente, plural y poliédrico, capaz de contrarrestar los factores deseducadores” (Instituto Municipal de Educación, Ayuntamiento de Barcelona, 2006). De ahí, entonces, que desde un matiz jurídico-político, la ciudad haya adquirido el estatus de persona jurídica. Esto es, un ente con derechos y deberes al cual le compete responsabilidad civil por sus acciones, en omisión o comisión, tal cual como si fueran un sujeto humano adulto. En ese sentido, en la carta suscrita en Barcelona, compuesta por 20 principios, agrupados en tres apartados, se enuncian deberes de la ciudad como los siguientes: Principio 7. Del Apartado 2 La ciudad ha de saber encontrar, preservar y presentar su propia y compleja identidad; Principio 11. Apartado 2, La ciudad deberá garantizar la calidad de vida de todos sus habitantes; Principio 15. Apartado 2, La ciudad deberá ofrecer a sus habitantes la perspectiva de ocupar un puesto en la sociedad; Principio 16. Apartado 2, Las ciudades deberán ser conscientes de los mecanismos de exclusión y marginación que las afectan y de las modalidades que revisten, y desarrollarán las políticas de acción afirmativa necesaria. La carta es tacita en establecer diferencias entre “la administración municipal”, “las municipalidades” y las “ciudades”, mostrando con ello que con el nombre de ciudad se esta abarcando más que el gobierno municipal de turno.

Lo problemático del tema ciudad educativa: el paso de la metáfora, al concepto científico

Roland Barthes nos dice, en ese corto texto muy citado aquí, que los especialistas del fenómeno urbano, en cuanto acepten la perspectiva de la ciudad como un discurso, tendrían que hallar una respuesta a esta pregunta: ¿cómo pasar de la metáfora al análisis cuando hablamos del lenguaje de la ciudad? El verdadero salto científico, agrega Barthes, se dará cuando podamos hablar del lenguaje de la ciudad sin metáforas. Este problema que preveía Barthes en sus seminarios de los años 1963-1973 sobre los estudios de la ciudad, más de 35 años después sigue sin resolverse.

Según el análisis barthesiano la semiología sería la disciplina clave en este asunto, la cual mediante un desarrollo imprevisible, permitiría el paso de lectura poética de la ciudad a la descripción científica del simbolismo que encarna. Sin embargo, a pesar de los progresos que pudiera haber tenido la ciencia de los signos durante este tiempo, progresos que en parte serían debidos al mismo Barthes al ser uno de los autores que más rupturas produjo en esta disciplina, según lo resalta con sabiduría Gerard Imbert, a pesar de la creciente toma de conciencia del simbolismo presente en la ciudad y a pesar de las nuevas técnicas diseñadas para analizarlo, que ya no se centran en generar explicaciones de los datos urbanos de acuerdo con los métodos estructuralistas, esta empresa científica no basta para realizarse con contar con los modelos proporcionados por una semiología urbana.

Hablar de la ciudad como un discurso, y entenderla específicamente como un actante colectivo es un punto de visto que trae consecuencias no menores que atañen a todas las ciencias sociales y humanas. La efectiva ruptura epistémica de las hipótesis y explicaciones que elabora un campo del conocimiento humano no se garantiza con los derroteros que se sigue en un molde disciplinar. El paso de un nivel de comprensión a otro debe mucho a la integración de unas tesis determinadas a familias de dilucidaciones que conciernen a múltiples ciencias que tratan objetos de estudio no relacionados. De no procurarse esa integración, se diluiría aún más la homogeneidad del discurso científico al no existir compatibilidad entre las metáforas y parámetros que estructuran la comprensión y el pensamiento de la realidad, entre una disciplina y otra. ¿Cuánta solidaridad académica presta, entonces, distintas ciencias sociales a la tesis de la agentividad de entidades no humanas? ¿Cuánta solidaridad académica hay también con la creencia que supone la existencia de totalidades abstractas (la especie, en los estudios biológicos; la cultura en antropología; el lenguaje, en lin-

güística; en este caso, la ciudad), con capacidad de determinación en las manifestaciones comportamentales que revelan las unidades individuales, y que por tanto requieren de investigación tal como si fueran objetos empíricos registrables perceptualmente?

Los desafíos que tenía que enfrentar ante la comunidad científica la tesis de la agentividad de entidades no humanas es un problema que ya preveía el impopular Bruno Latour en su texto “Reassembling the social. An introduction to actor-Network-Theory” (2006). La teoría del actor-red bien deja ver con su nombre uno de sus presupuestos fundamentales: los objetos también pueden ser considerados como agentes –actantes–. Como lo señala uno de los autores que reseña este texto, Eduard Aibar (2006), para la Actor Network-Theory, los elementos no humanos “...no pueden ya considerarse simplemente intermediarios neutrales, sino que deben entenderse como mediadores –a menudo silenciosos – que modifican las relaciones entre otros agentes. Los objetos no forman la infraestructura material que determina las relaciones sociales, ni son un reflejo de las distinciones sociales previas: son más bien los ingredientes esenciales que dotan de durabilidad a las asociaciones y mediadores activos en la generación de diferencias sociales”.

Bruno Latour anticipaba que para aceptar la extensión de la noción de actor (circunscrito a los seres humanos) a los objetos físicos, a través de la noción de actante, las ciencias debían pagar el precio de renunciar a muchos de los caros presupuestos que habían atesorado por siglos: las definiciones clásicas de lo que es lo social, las distinciones sujeto-objeto, social-cognitivo, individuo-estructura, local-global, ciencia-profesión, entre otras. De este modo, las exploraciones científicas con estas creencias, que no se encuentran meramente ligadas a la verdad de los enunciados que se formulan o a los datos empíricos que la respaldan, lejos están de tener un camino expedito para transitar, especialmente cuando es consabido que los parámetros de la ciencia en sus formulaciones más clásicas del siglo XVII todavía se siguen sosteniendo.

Afortunadamente hay antecedentes favorables para recorrer esta vía. Existen líneas teóricas ampliamente desarrolladas, defensoras de una visión escatológica en las ciencias sociales, que afirman con vehemencia la incidencia de los productos humanos sobre su modo de ser. En contra de las perspectivas que interrogan lo humano desde una visión evolutiva, la cual presupone que la naturaleza otorga a su ser una serie de características con las cuales este crea instituciones, la perspectiva escatológica inicia la reflexión desde los “productos” humanos, especialmente desde

los considerados por algunos autores como transhistoricos (lenguaje, la familia, la sociedad) para decir que son ellos los que producen al sujeto humano o cuando menos determinan sus principales características.

Además, las nuevas formas de pensamiento sobre el conocimiento favorecen líneas de reflexión que sean consecuentes con visiones pragmáticas de la realidad social. Desde el supuesto que la realidad física, y social es escenario de fenómenos inestables e inciertos, ámbito forjado por acontecimientos, en el sentido foucaultiano del término, de eventos no contenidos, ni deducibles directamente de las leyes de una estructura, se asevera que el orden humano radica principalmente en el conjunto de acciones y actividades coordinadas que desarrollan las personas con otros. Implica lo anterior un rotundo cambio de las maneras de concebir el conocimiento y la existencia en la cual nos encontramos inmersos. Ya no se verían los objetos de la realidad hechos inmanentes, eternamente presentes, sino construcciones, estructuras emergentes de la acción social, pues su principio fundamental es este: “la sustancia de nuestros mundos sociales esta compuesta por nuestro producir y nuestro hacer” (Pearce, 1994, p. 276).

Nacerán ciencias de otro tipo, diferentes de las disciplinas clásicas, asevera Edgar Morin (1998), nuevos paradigmas científicos que establecen como objeto de estudio un sistema. Morin da tres ejemplos de esas nuevas ciencias: la cosmología; las ciencias de la tierra: geología, meteorología, vulcanología y sismología; y la ciencia ecológica. Si como advierte Guattari, la naturaleza del fenómeno urbano ha cambiado de tal manera que ya no es un problema entre otros, es el problema número uno, el problema crucial de los retos económicos, sociales, ideológicos y culturales, entonces es de prever que para el caso de la ciudad se requerirá una nueva ciencia urbana, un modelo aplicativo/investigativo que piense la ciudad en relación al urbanita que la habita, que analice los mecanismos y mediadores que producen procesos de individualización, subjetivización o personificación, y utilice ese conocimiento para transformar las maneras de habitar y percibir la ciudad. Además, si aprobamos la concepción foucaultiana de una inextricable relación entre el saber y el poder, de manera tal que ya no es posible aseverar la existencia de un enunciado científico que no cargue una significación política, que no esté filtrada por las estrategias y mecánicas del poder, que no revista en algún sentido la moralidad que mantiene el ejercicio de lo ya establecido o que proyecta la emergencia de la resistencia a lo dominante, se debería entonces, fomentar las posturas

teóricas que conlleven a la construcción de un capital político favorable para desarrollar la *politike techne*, la habilidad para la convivencia, como condición para vivir bien.

En ese orden de ideas, posturas teóricas que trasluzcan un mensaje de *Phronesis* para el ciudadano, esto es, de sabiduría práctica orientada por el *orthos logos*, la recta razón, para poder convivir con los otros, son escasas, a causa de ese pretendido ideal de ascetismo político y moral en la ciencia. En cambio, con la concepción de ciudad como un agente se estaría recuperando un presupuesto básico del pensamiento aristotélico: aquel que coloca a la praxis como lo propio de la vida ética y política del hombre, y hace así del objetivo del conocimiento, no el conocer por sí mismo, ni el producir una obra específica, sino el actuar y el bien vivir en la comunidad. La agentividad reconocida de la ciudad habría de ser correlativa a la agentividad esperada de sus ciudadanos.

A modo de conclusión

Este texto plantea que las instituciones sociales y políticas de una nación, autorizadas desde su carta constitucional vigente, el efectivo acatamiento y reconocimiento público de sus determinaciones, la activa participación ciudadana en su organización, consolidación y defensa, así como el debido respeto que los ciudadanos les prodigan, son un resultado directo de los valores morales, de la visión de justicia, de las prácticas sociales consolidadas, de las estrategias argumentativas y de los fenómenos políticos que han ocurrido y siguen ocurriendo cotidianamente en los espacios públicos de los municipios del país. Es decir, la vida democrática institucional de una nación y sus características tiene su causa, y es correlativa a la vida democrática que se teje principalmente en sus espacios públicos urbanos no institucionales, principalmente como práctica social cotidiana. Por tal razón, el espacio público es fundamental. Solo transformando lo que acontece en el espacio público se pueden obtener transformaciones significativas en la vida democrática de la nación.

Jordi Borja (1996) plantea que el “patriotismo de la ciudad”, eje constituyente de cualquier proyecto mancomunado de ciudad, se apoya en la cultura urbana, en la memoria colectiva que reside en piedras, fiestas y trabajos, pero ante todo en la actividad política y colectiva de sus habitantes. La ciu-

dad-actor es un ente contradictorio que establece compromisos múltiples: centralización- descentralización; publico - privado; crecimiento-medio ambiente; competitividad y empleo; promoción externa - integración interna; etc. Pues bien, la ciudad, un proyecto comunitario movilizador de ilusiones y esfuerzos de todos, para todos, requiere investigarse desde las ciencias sociales para que se pueda sostener e intensificar la forma de vida existente en una comunidad, y además, se permita que las personas vivan más adecuadamente en el seno de estas tradiciones.

¿Qué corrobora finalmente esta visión de ciudad? Estamos al inicio de un programa de investigación que espera aportar evidencia empírica de este supuesto. Y mientras tanto, dejemos que sea la poesía de Kavafis (citado por Sánchez, 2000, p. 308), la que termine de persuadir al lector de la tesis defendida en este escrito: “Dices: ‘iré a otra tierra, a otro mar, otra ciudad mejor que ésta encontraré. Todos mis esfuerzos son una condena y casi muerto esta mi corazón. ¿Hasta cuando podré, aquí, languidecer? Adonde vea, cualquier cosa que mire, veo las negras ruinas de mi vida aquí donde he gastado tantos años desperdiciados, destruidos totalmente. No encontraras otra tierra, otro mar. La ciudad te perseguirá. Caminarás las mismas calles, envejecerás en los mismos barrios, en las mismas calles encanecerás. Aquí terminarás, no esperes nada mejor...”

Referencias Bibliográficas

- Aibar, E. (2006). Reassembling the social. An Introduction to Actor-Network-Theory de Bruno Latour. UOC papers. *Revista sobre la sociedad*, 3.
- Azara, P. (2000). Por qué la fundación de la ciudad. En Pedro Azara (Dir), *La fundación de la ciudad. Mitos y ritos en el mundo antiguo*. Barcelona: Ediciones UPC.
- Barthes, R. (1993). Semiología y urbanismo. En Ramón Alcalde (trad), *La aventura semiológica*. Barcelona: Paidós.
- Borja, J. (1996). La ciudad como oportunidad política. Los límites de la sociedad Civil. En: *Revista Foro* (8). pp. 91-94.
- Borja, J. (2011). Espacio público y derecho a la ciudad. *Viento Sur*, 116(1), 39-49.
- Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos*. México. Editorial Grijalbo.
- Castoriadis, C. (1999). *Figuras De lo pensable*. México: Fondo de cultura económica.

- Foucault, M. (1994). *Estética, ética y hermenéutica*. Madrid: Paidós.
- Gennari, M. (1998). *Semántica de la ciudad y educación. Pedagogía de la ciudad*. Barcelona: Editorial Herder.
- Guattari, F. (2006). “Prácticas ecosóficas y restauración de la ciudad subjetiva”. Tomado de <http://estrecho.indymedia.org/newswire/display/18118/index.php>
- Herrera K y Londoño, J. (2020). *Espacio público y cultura en el distrito de Santiago de Cali: una representación desde la administración municipal*. Cali: Universidad Santiago de Cali.
- Imbert, G. (1987), “Figuras de lo urbano (la ciudad y su reverso)”. *Estudios Semióticos*: 13-14: 189-208
- Imbert, G. (1999). “Por una semiótica Figurativa de los discursos sociales”. *Anthropos. Semiología crítica*.
- Instituto Municipal de Educación. Ayuntamiento de Barcelona. (2006). “Ciudades Educadoras”. Tomado de <http://habitat.aq.upm.es/cs/p5/a021.html>
- Jurado, JC. (2003). “Ciudad educadora: aproximaciones conceptuales y contextuales”. *Estudios Pedagógicos*, 29: pp. 127-142.
- Llera, MM. (1991). “La estructura signica del hombre”. *Investigaciones semióticas*: IV, 1: pp. 292-298.
- Luque, E. (2003). Cómo se forman ciudadanos: De la confianza a los saberes. En J. Benedicto & M. L. Morán, *Aprendiendo a ser ciudadanos. Experiencias sociales y construcción de la ciudadanía entre los jóvenes* (Primera ed., pp. 65-90). Madrid, España: Instituto de la Juventud.
- Maestro, J. (1990). “Lo teatral y lo cotidiano”. *Actas del II congreso internacional de semiótica*. Madrid, Asociación española de semiótica.
- Morin E. (1998). “Epistemología de la complejidad”. En Dora Fried Schnitman, (comp), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Argentina: Paidós.
- Rodríguez, J. (2001). “Ciudad Educadora: una perspectiva política desde la complejidad”. En: *Revista de Estudios Sociales*, 10: pp. 47-62.
- Sánchez, R. (2000). La ciudad: el poder y lo social. En: La ciudad: hábitat de diversidad y complejidad. Cátedra Manuel Ancizar. *Pensar la ciudad: una mirada hacia el próximo milenio*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Artes.

Téllez, G. (2002). *Pierre Bordieu. Conceptos básicos y construcción socioeducativa*. Bogotá: Universidad pedagógica Nacional.

Walther, E. (1994). *Teoría general de lo signos. Introducción a los fundamentos de la semiótica*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

Índice de Tablas

Tabla 1. Elementos embriológicos en asocio a la anatomía y fisiología inmersa en reflejo de succión	22
Tabla 2. Relación del mecanismo del reflejo de succión con parámetros anatomofisiológicos de pezón y neonato	27
Tabla 3. ¿Durante el último mes cuántos días le impidió un problema de salud realizar la actividad laboral?	46
Tabla 4. Discusión desde la perspectiva internacional sobre los vendedores ambulantes	50
Tabla 5. Discusión desde la perspectiva nacional y local sobre los vendedores ambulantes	52
Tabla 6. Distribución de los trabajadores observados según cargo	73
Tabla 7. Distribución de las observaciones según turno de atención	74
Tabla 8. Distribución de las observaciones según día de la semana. Higiene de manos.....	74
Tabla 9. Servicios donde laboran los profesionales de enfermería del estudio	107
Tabla 10. Distribución según años de ejercicio profesional	108
Tabla 11. Aplicación durante su ejercicio profesional del proceso de enfermería, modelos y teorías	109
Tabla 12. Tipo de dificultades y/o barreras de enfermería durante su ejercicio profesional.....	110
Tabla 13. Actividades asistenciales desarrolladas por los profesionales de enfermería en su actual desempeño laboral	111
Tabla 14. Actividades asistenciales realizadas por los profesionales de Enfermería durante la aplicación del proceso de enfermería.....	112

Index of Tables

Table 1. Embryological elements in association with the anatomy and physiology involved in the sucking reflex	22
Table 2. Relationship of the sucking reflex mechanism with anatomophysiological parameters of the nipple and the neonate.....	27
Table 3. During the last month, how many days did a health problem prevent you from performing your work activity?.....	46
Table 4. Discussion of street vendors from an international perspective.....	50
Table 5. Discussion of street vendors from national and local perspectives.....	52
Table 6. Distribution of workers observed by position.....	73
Table 7. Distribution of observations according to shift of attention.....	74
Table 8. Distribution of observations according to day of the week. Hand hygiene	74
Table 9. Services where the nurses in the study work	107
Table 10. Distribution according to years of professional practice	108
Table 11. Application of the nursing process, models and theories during their professional practice	109
Table 12. Type of nursing difficulties and/or barriers during their professional practice	110
Table 13. Care activities carried out by nursing professionals in their current job performance	111
Table 14. Care activities performed by nursing professionals during the application of the nursing process.....	112

Índice de Gráficos

Gráfico 1. En los últimos 6 meses cómo considera que ha sido su salud.....	45
Gráfico 2. ¿Cuál fue el problema de salud que impidió realizar su actividad laboral? ...	47
Gráfico 3. Tipo de enfermedad común	47
Gráfico 4. ¿En los últimos 6 meses sufrió una lesión por enfermedad o accidente relacionado con el trabajo?	48
Gráfico 5. Si el problema de salud fue un trauma ¿Cuál fue el factor de la lesión?.....	48
Gráfico 6. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por la lesión?.....	49
Gráfico 7. ¿Cuál fue la causa de la lesión?	49
Gráfico 8. Adherencia de Higiene de Manos	75
Gráfico 9. Adherencia de Higiene de Manos, según cargos	76
Gráfico 10. Adherencia de Higiene de Manos, por turno	76
Gráfico 11. Adherencia de Higiene de Manos, por día de la semana.....	77
Gráfico 12. Adherencia de Higiene de Manos, según cinco momentos	77
Gráfico 13. Distribución porcentual de aprobación de competencias en APS.....	91
Gráfico 14. Relación de cumplimiento de competencias cognitivas.....	91
Gráfico 15. Relación logro de competencias cognitivas	92

Index of Graphs

Graph 1. In the last 6 months, how do you consider your health has been	45
Graph 2. What was the health problem that prevented you from performing your work activity?	47
Graph 3. Type of common illness	47
Graph 4. In the last 6 months did you suffer an injury due to a work-related illness or accident?.....	48
Graph 5. If the health problem was a trauma, what was the factor of the injury?.....	48
Graph 6. What parts of the body were affected by the injury?	49
Graph 7. What was the cause of the injury?	49
Graph 8. Hand Hygiene Adherence.....	75
Graph 9. Hand Hygiene Adherence, according to job titles	76
Graph 10. Hand Hygiene Adherence, by Shift	76
Graph 11. Hand Hygiene Adherence, by Day of the Week.....	77
Graph 12. Adherence to Hand Hygiene, according to five moments of time.....	77
Graph 13. Percentage distribution of approval of competencies in PHC	91
Graph 14. Ratio of achievement of cognitive competencies	91
Graph 15. Relationship between achievement of cognitive competencies	92

Acerca de los autores

Karol Susana Velasco Vargas

Fonoaudióloga magíster en Desarrollo Humano y Educación. Especialista en Desarrollo Intelectual y Educación de la Universidad Santiago de Cali. Entrenamiento NDT Bobath Escuela de Londres. Gerente EDUK en Formación en Salud y Educación. Investigadora Colciencias y ponente nacional e internacional. Docente de la Universidad Santiago de Cali (Grupo de investigación Fonoaudiológica y Psicología).

✉ kasuveva@hotmail.com

© <https://orcid.org/0000-0002-1224-0138>

Eliana Fernanda Cruz Tascón

Fonoaudióloga, especialista en Audiología de la Universidad Católica de Manizales, magíster en Educación Superior de la Universidad Santiago de Cali.

✉ elianacruz@hotmail.com ✉ elycruz.74@gmail.com

© <https://orcid.org/0000-0002-8430-6642>

Katherine Álvarez Trujillo

Administradora de Empresas, especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Consultora empresarial en Seguridad y Salud en el Trabajo.

✉ katherine.alvarez03@usc.edu.co

© <https://orcid.org/0000-0002-3214-3378>

María Teresa Bedoya Gutiérrez

Administradora de Empresas, magíster en Administración, especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Especialista en Gerencia. Docente de la Facultad de Salud Universidad Santiago de Cali y consultora empresarial en Seguridad y Salud en el Trabajo.

✉ maria.bedoya05@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-3322-5148>

Jorge Enrique Paredes

Médico. Magíster en Salud Ocupacional, Docente Investigador de posgrados en Salud de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali.

✉ jorge.paredes00@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-0645-4180>

Edelmira Muñoz

Colombia, enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali. Enfermera Idime S.A. Nueva Rafael Uribe Uribe.

✉ milam_@hotmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-0245-1262>

Bertha Cecilia Quiñones Castillo

Colombia. Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali. Enfermera de la Fondazione Ospedaliera per Disanili. Sospino. Italia.

✉ berthaceciliacastillo@gmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-4105-3371>

Dolly Villegas Arenas

Colombia, enfermera, magister en Administración en salud, magister en Epidemiología, doctorando en Educación. Docente del programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali.

✉ dolly.villegas00@usc.edu.co

© <https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

Carlos Armando Echandia Álvarez

Colombia. Médico especialista en Pediatría, magister en Epidemiología Clínica, doctor en Ciencias Biomédicas. Pediatra HUV y docente de la Universidad del Valle.

✉ cechandia@hotmail.com

© <https://orcid.org/0000-0002-5925-8351>

Sandra Liliana Ossa Lizaraso

Colombia. Enfermera, especialista en Administración en Salud. Enfermera, Epidemiología Hospitalaria del Hospital Universitario del Valle.

✉ sossa@huv.gov.co

© <https://orcid.org/0000-0003-3833-1449>

Hilda Mary Gómez Herrera

Colombia. Enfermera, especialización en Administración en Salud, Enfermera Coordinadora de Hemato-Oncología del Hospital Universitario del Valle.

✉ hgomezhuv.@gmail.com

© <https://orcid.org/0000-0001-6442-1291>

Elsa Yasmín Vente

Colombia. Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali. Enfermera de Epidemiología del Centro Médico Imbanaco.

✉ elsita02@hotmail.com

© <https://orcid.org/0000-0001-6659-6378>

Evila Rogelia De Lacruz Gómez

Colombia. Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali. Enfermera, Servicio Occidental de Salud. Auditoria a procesos.

Christian José Pallares Gutiérrez

Colombia. Médico, magister en Epidemiología, Epidemiólogo del Centro Médico Imbanaco.

✉ icako@hotmail.com

© <https://orcid.org/0000-0002-6093-7845>

Ivanoba Pardo Herrera

Doctora en Salud Pública. Magíster en Salud Pública. Esp. Salud Ocupacional. Odontóloga. Docente Departamento de Salud Pública Universidad Santiago de Cali. Cali Colombia.

✉ ivanoba.pardo00@usc.edu.co ✉ ivanobapardo@gmail.com

© <https://orcid.org/0000-0003-4527-6775>

Janeth Cecilia Gil Forera

Odontóloga. Magíster en Educación Superior. Directora Departamento de Salud Pública, docente Universidad Santiago de Cali. Cali Colombia.

✉ janeth.jcf@gmail.com ✉ janethgil@usc.edu.co

© <https://orcid.org/0000-0001-5322-0494>

Adriana Jaramillo Echeverry

Magíster en Microbiología. Magíster en Epidemiología. Odontóloga. Docente Universidad Santiago de Cali. Cali Colombia.

✉ adrijara@usc.edu.co

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-1917-468X>

Claudia Patricia Quiroga Vásquez

Magister en Educación Superior. Esp. Desarrollo Intelectual y Educación. Odontóloga. Docente Universidad Santiago de Cali.

✉ clapaqui@usc.edu.co

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-6222-2755>

Estela Rodríguez Torres

Enfermera, Msc Salud Ocupacional Docente Facultad de Salud, Grupo de Investigación Cuidado de la Salud, Universidad Santiago de Cali.

✉ estelaroto@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-4911-627X>

Ibama Sarria Campo

Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali, integrante Semillero de Investigación Cuidado de la Salud.

✉ ibama.sarria@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-7794-0215>

Maritza Campo Viveros

Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali, integrante Semillero de Investigación Cuidado de la Salud.

✉ maritza020@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5454-9881>

María Ximena Medina Noreña

Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali, integrante Semillero de Investigación Cuidado de la Salud.

✉ mena117@hotmail.com

📄 <https://orcid.org/0000-0002-1161-2008>

Neffar Arizala Valencia

Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali, integrante Semillero de Investigación Cuidado de la Salud.

✉ merce2570@hotmail.com

📄 <https://orcid.org/0000-0001-8232-3142>

Johana Rebeca Soler Torres

Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali, integrante Semillero de Investigación Cuidado de la Salud.

✉ joresoto@hotmail.com

📄 <https://orcid.org/0000-0002-4030-571X>

Nayibi Riascos Rojas

Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali, integrante Semillero de Investigación Cuidado de la Salud.

✉ orleany20@hotmail.com

📄 <https://orcid.org/0000-0003-0091-290X>

Janeth Larrahondo Vásquez

Enfermera egresada de la Universidad Santiago de Cali, integrante Semillero de Investigación Cuidado de la Salud.

✉ jane_lava@hotmail.com

📄 <https://orcid.org/0000-0001-6207-2577>

María Isabel Mosquera Ceballos

Fonoaudióloga de la Universidad Católica de Manizales (Colombia); especialista en Neuropsicopedagogía de la Universidad de Manizales y Magíster en Educación Superior de la Universidad Santiago de Cali, y docente de la misma universidad.

✉ jane_lava@hotmail.com ✉ misabela03@hotmail.com

© <https://orcid.org/0000-0002-5084-5138>

Marco Alexis Salcedo Serna

Psicólogo, licenciado en Filosofía, con Maestría en Filosofía y doctorando en Psicología Social en la Universidad Autónoma de Madrid, España. Profesor asociado Universidad Nacional de Colombia, sede Palmira. Investigador junior Colciencias (2018), perteneciente al grupo de investigación “Grupo de estudios neoinstitucionales”, Universidad Nacional, Palmira. Director de varios proyectos de investigación sobre psicología y ciudad y sobre formación profesional en administración de empresas. Publicaciones en el último año (2015): “Los parques: sus usuarios y su sentido social en la vida urbana. Una mirada desde los usuarios típicos de dos parques de la ciudad de Cali” en *Revista de Antropología y Sociología*; “Transcendencia y propósitos de «Historie de la folie» de Michel Foucault”, en *Revista de Psicología Gepu*; “La cuestión de lo político en el psicoanálisis”, en *Revista Psicogente*; “La comprensión filosófica de Georges Canguilhem del concepto de subjetividad en el texto: ¿qué es la psicología?” en *Con-textos*; y “La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública” *Revista Psicogente*.

✉ marcoalexissal@hotmail.com

© <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Edward Javier Ordóñez

Maestría en Filosofía de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Psicólogo de la Universidad de San Buenaventura. Licenciado en Filosofía de la Universidad del Valle. Profesor investigador de la Facultad de Comunicación y Publicidad de la Universidad Santiago de Cali.

Investigador asociado según categorización Colciencias. Líder del Grupo de Investigación Humanidades y Universidad, categoría b. Editor en Jefe de la Universidad Santiago de Cali.

✉ javier.ordonez00@usc.edu.co ✉ edward.javier11@gmail.com

© <https://orcid.org/0000-0003-4803-0340>

Lucely Obando Cabezas

Psicóloga egresada de la Universidad del Valle, colombiana, Magister en Salud Pública de la Universidad del Valle, miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC. Con amplia experiencia en Psicología Clínica en el ámbito hospitalario y en la docencia, realizando supervisión de práctica profesional en el área clínica, directora de varios proyectos de investigación en Psicología Clínica y de la Salud. Actualmente docente de la Universidad Libre, seccional Cali, en el programa de Psicología y de la Universidad de San Buenaventura seccional Cali, en la facultad de Psicología. Investigadora integrante del grupo “Investigación y acción psicosocial en violencia, desastres y construcción de paz”, PSIDEPAZ de la Universidad Libre, autora en los últimos años de varios artículos publicados en revistas indexadas A y B.

✉ lucelyo@gmail.com

© <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>

Pares Evaluadores

Jorge Eduardo Moncayo

Investigador Asociado (I)

© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

Universidad Antonio Nariño

Julián Andrés Zapata Cortés

Investigador Asociado (I)

© <https://orcid.org/0000-0002-8888-1521>

Instituto de Química, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales,
Universidad de Antioquia

Ricardo Tapía

© <https://orcid.org/0000-0003-2750-1828>

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México, y Coordinador
Editorial de El Colegio de Morelos, México.

William Fredy Palta Velasco

Investigador Junior (IJ)

© <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

Universidad de San Buenaventura- Cali

Carolina Sandoval Cuellar

Investigador Senior (IS)

© <https://orcid.org/0000-0003-1576-4380>

Universidad de Boyaca

Kevin Alexis García

Investigador Asociado (I)

© <https://orcid.org/0000-0002-8412-9156>

Universidad del Valle

Jorge Ladino Gaitán Bayona

Investigador Junior (IJ)

© <https://orcid.org/0000-0001-9539-4660>

Universidad del Tolima

Arsenio Hidalgo Troya

Investigador Asociado (I)

© <https://orcid.org/0000-0002-6393-8085>

Universidad de Nariño

Mildred Alexandra Vianchá Pinzón

Investigador Asociado (I)

© <https://orcid.org/0000-0001-9438-8955>

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Alejandro Alzate

© <https://orcid.org/0000-0002-0832-0223>

Universidad Icesi; Universidad Católica

Maury Almanza-Iglesia

Investigador Senior (IS)

© <https://orcid.org/0000-0002-3880-4683>

Universidad Simón Bolívar

Distribución y Comercialización
Distribution and Marketing

Publicaciones
Bloque 7 - Piso 5
Calle 5 No. 62 - 00
Tel: (57+) (2+) 518 3000
Ext. 323 - 324 - 414
✉ editor@usc.edu.co
✉ publica@usc.edu.co
Cali, Valle del Cauca
Colombia

Diseño y diagramación
Design and layout

Juan Diego Tovar Cardenas
Universidad Santiago de Cali
✉ librosusc@usc.edu.co
Tel. 5183000 - Ext. 322
Cel. 301 439 7925

Este libro se terminó de imprimir
en diciembre de 2020 en los Talleres
de SAMAVA EDICIONES E.U
Popayán - Colombia
Tel: (57+) 313 661 9756

Fue publicado por la Facultad de Salud de
la Universidad Santiago de Cali.

El presente libro contiene 9 capítulos que dan cuenta de la variedad de interrogantes investigativos y la riqueza de las respuestas a estas, de diferentes docentes universitarios del área de la Salud y la Educación. El lector podrá vivir la experiencia de transitar por lo clínico, a lo subjetivo del ser como parte de la realidad como agente directo en el mundo de la salud, sumergirse en la comprensión de las vivencias de los agentes profesionales directos en su hacer laboral, y de ahí pasar al mundo de la educabilidad como parte, no solo de la adquisición de conocimientos, sino también de la formación como agentes sociales y sujetos de la vida.

El presente texto, más que un libro de investigadores, es un libro de la experiencia vivida para la vida del conocimiento y el resurgimiento de la pregunta como parte de la comprensión del mundo en contexto.



VIGILADA
MINEDUCACIÓN



EDITORIAL

