

# **TERRITORIOS Y VIOLENCIAS EN EL ÁREA DE LA SALUD: VULNERABILIDADES, DESIGUALDADES E INEQUIDADES EN SALUD**

Coordinadores

**Alejandra Rodríguez Torres**

**Ernesto Licona Valencia**

**Donovan Casas Patiño**

**Alex Véliz Burgos**



Castellanos  
editores  
digital

El concepto de vulnerabilidad se originó por primera vez a partir de investigaciones académicas sobre desastres naturales, es decir, un indicador. Para la sociología esto se centró en pensar sobre las fragilidades sociales contemporáneas reemplazando al término de exclusión, que estuvo de moda durante la década de 1990 incluyendo una serie de conceptos como adaptabilidad y resiliencia, que ha sido ampliamente utilizado en recursos naturales , gestión de desastres , salud pública, cambio climático, uso de la tierra, economía regional y otros campos como la adolescencia o la vejez, condiciones patológica físicas o mentales, o bien una condición social estructural como el desempleo o la falta de vivienda o una combinación de todas estas. Históricamente, es posible encontrar evidencia iconográfica y en la literatura medieval de la inseparable relación entre la pobreza y la enfermedad (discapacitados, prostitutas, ancianos, ciegos, vagabundos, etc.). De igual manera se puede observar que en la Ilustración y la época Post Revolucionaria las luchas se concentraron contra la pobreza y en las manifestaciones sanitarias de la vulnerabilidad social y viceversa. La filantropía de esa época construyó las bases de la "protección social y la asistencia pública" como una forma de caridad subvencionada.

**TERRITORIOS Y VIOLENCIAS  
EN EL ÁREA DE LA SALUD:  
VULNERABILIDADES,  
DESIGUALDADES E INEQUIDADES  
EN SALUD**

**COORDINADORES**  
**ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES**  
**ERNESTO LICONA VALENCIA**  
**DONOVAN CASAS PATIÑO**  
**ALEX VÉLIZ BURGOS**



Primera Edición: Diciembre 2024  
Diseño de portada: María Elisa Salazar Moya

© Alejandra Rodríguez Torres  
© Ernesto Licon Valencia  
© Donovan Casas Patiño  
© Alex Véliz Burgos  
© Castellanos editores, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-5923-05-5

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de la presente obra, por cualquier medio impreso, electrónico, auditivo, con la autorización por escrito de los editores y el titular de los derechos y citando la fuente.

Esta obra se sometió al sistema de dictaminación doble ciego por pares académicos con Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del Conacyt, dando como resultado un dictamen positivo.

**Impreso en México**



Carlos Castellanos Rivera  
DIRECTOR GENERAL

**Consejo Editorial:**

Mtra. Anita Barabtarlo y Zedansky

Mtro. Marco Antonio Salazar Aguirre

Mtro. Alfredo Pintos Aguilera

Mtro. Celerino Ruiz Ramos

Dr. Liberio Victorino Ramírez

Dra. Elena Leticia Castañeda Jiménez

Dra. Nashielly Yarzabal Coronel

Dr. Jorge Alberto Chona Portillo

Dr. Fernando Monroy Dávila

Lic. Luciano Plascencia Valle

Mtro. Miguel Valle Pimentel

Dr. Jesús Araiza Martínez

Mtro. Jaime Raúl Castro Rico

Mtro. Carlos Mario Castro

Dr. Francisco Díaz Estrada

Memo (Guillermo Argandoña Sánchez)



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
---------------------------	-----------

## **CAPITULO 1.**

### **DESIGUALDADES EN SALUD: TRANSICIONES ESTRUCTURALES EN EL IMSS BIENESTAR DE OAXACA, MÉXICO**

*Erick Azamar Cruz*

*Donovan Casas Patiño*

<i>Alejandra Rodríguez Torres .....</i>	<i>19</i>
---	-----------

## **CAPÍTULO 2.**

### **SALUD INTEGRAL DE BUZOS DE LA INDUSTRIA PESQUERA DE LA MACROZONA SUR AUSTRAL DE CHILE: UN DESAFÍO PARA LA ACADEMIA**

*Alex Véliz Burgos*

*María Raquel Pereira Berríos*

*Alexis Soto Salcedo*

<i>Anita Dörner Paris .....</i>	<i>43</i>
---------------------------------	-----------

## **CAPÍTULO 3.**

### **LA VIVENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TLAXCALA. DE TERRITORIOS, VIOLENCIAS Y D ESIGUALDADES**

*Liliana Estela Rubí Sánchez*

<i>Gerardo Suárez González .....</i>	<i>59</i>
--------------------------------------	-----------

## **CAPÍTULO 4.**

### **ADOLESCENCIA, JUVENTUD Y CONDUCTA SUICIDA: ASPECTOS GENERALES EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO**

*Alexis Soto Salcedo*

*Alex Véliz Burgos*

<i>Marcela Andrade Pérez .....</i>	<i>77</i>
------------------------------------	-----------

<b>CAPÍTULO 5.</b> <b>ASPECTOS DA SAÚDE BUCAL, DOENÇAS CRÔNICAS</b> <b>E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM TERRITÓRIO</b> <b>DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS, SERGIPE, BRASIL</b> <i>Simone Alves Garcez Guedes</i> <i>Cristiane Costa da Cunha Oliveira .....</i>	103
---	-----

<b>CAPÍTULO 6.</b> <b>SALUD MENTAL JUVENIL Y CONDUCTA SUICIDA</b> <b>EN CONTEXTOS UNIVERSITARIOS: DATOS PARA</b> <b>LA REFLEXIÓN</b> <i>Alexis Soto Salcedo</i> <i>Alex Véliz Burgos</i> <i>Marcia Cavada Palma .....</i>	129
---	-----

<b>CAPÍTULO 7.</b> <b>PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE PAZ EN LA</b> <b>UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC</b> <i>Miguel Alberto Gutiérrez Nava</i> <i>Ángel de la Cruz Bustos</i> <i>Ana Cristina Flores Márquez .....</i>	153
--	-----

<b>CAPÍTULO 8.</b> <b>HABLAR A LAS MUJERES O ESCUCHARLAS: ENTENDIENDO</b> <b>EL TERRITORIO PARA LA CO-CONSTRUCCIÓN DE REDES</b> <b>PROTECTORAS QUE PREVENGAN LAS VIOLENCIAS DE</b> <b>GÉNERO E INTRAFAMILIARES</b> <i>Cielo Rebeca Martínez Reyes .....</i>	175
--	-----

<b>CAPÍTULO 9.</b> <b>LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA VULNERABILIDAD</b> <b>EN EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO</b> <i>Gricelda Vázquez Juárez</i> <i>Martha Concepción Hernández Arellano</i> <i>Donovan Casas Patiño .....</i>	195
--	-----



<b>CAPÍTULO 10.</b>	
<b>TRANSGRESIÓN DE ALIMENTOS CALLEJEROS, UN PROBLEMA TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA</b>	
<i>Alexa Adanae Quiroz Meléndez</i>	
<i>Donovan Casas Patiño</i>	
<i>Alejandra Rodríguez Torres</i>	
<i>José Martín Reyes Pérez.....</i>	<b>211</b>
 <b>CAPÍTULO 11.</b>	
<b>COVID-19, TERRITORIO E INEQUIDAD: RETROSPECTIVA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</b>	
<i>Luis Enrique Hernández Gamundi</i>	
<i>Angélica Heredia Sánchez</i>	
<i>Alejandra Rodríguez Torres</i>	
<i>Donovan Casas Patiño.....</i>	<b>227</b>
 <b>SOBRE LOS AUTORES.....</b>	<b>239</b>



## **AGRADECIMIENTOS**

El presente libro contó con el apoyo del CONAHCYT en el marco de la Convocatoria 2022(3) “ESTANCIAS POSDOCTORALES POR MÉXICO”.

Agradecimiento a la recepción por parte del Posgrado de Antropología Social de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla para poder realizar la estancia Posdoctoral. A la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural y a la Universidad de los Lagos por apoyar con los encuentros académicos y la colaboración entre redes.

A todos y todas las y los investigadores (as) que hacen posible la publicación de este libro, compartiendo sus reflexiones, investigaciones y aproximaciones a los problemas de salud en diferentes territorios de América Latina con énfasis en las vulnerabilidades, desigualdades e inequidades de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado y muerte.



## INTRODUCCIÓN

**EL CONCEPTO DE** vulnerabilidad se originó por primera vez a partir de investigaciones académicas sobre desastres naturales, es decir, un indicador. Para la sociología esto se centró en pensar sobre las fragilidades sociales contemporáneas reemplazando al término de exclusión, que estuvo de moda durante la década de 1990 incluyendo una serie de conceptos como adaptabilidad y resiliencia, que ha sido ampliamente utilizado en recursos naturales, gestión de desastres, salud pública, cambio climático, uso de la tierra, economía regional y otros campos como la adolescencia o la vejez, condiciones patológica físicas o mentales, o bien una condición social estructural como el desempleo o la falta de vivienda o una combinación de todas estas. Históricamente, es posible encontrar evidencia iconográfica y en la literatura medieval de la inseparable relación entre la pobreza y la enfermedad (discapacitados, prostitutas, ancianos, ciegos, vagabundos, etc.). De igual manera se puede observar que en la Ilustración y la época Post Revolucionaria las luchas se concentraron contra la pobreza y en las manifestaciones sanitarias de la vulnerabilidad social y viceversa. La filantropía de esa época construyó las bases de la *“protección social y la asistencia pública”* como una forma de caridad subvencionada. Sin embargo, debido a la industrialización, la urbanización, el envejecimiento de la población, los cambios en el espectro de enfermedades, los cambios en el entorno ecológico y el estilo de vida, etc., se han planteado una serie de nuevos desafíos para el mantenimiento y la promoción de la salud, y muchos factores potenciales que pueden conducir al surgimiento de una crisis sanitaria. Muchos de los artículos que involucran

el análisis de la vulnerabilidad convergen en su concepción a un “riesgo”, “incertidumbre”, incluso de “angustia”, ya sea a nivel micro, meso o macro sociológicas. A nivel micro y meso sociológico la vulnerabilidad designa una incertidumbre situacional, vinculada no solo al desarrollo específico de una patología sino también a sus diversas repercusiones (económicas, materiales, relacionales). A nivel macro se puede observar como un discurso que hace referencia a los determinantes sociales de la salud con un carácter descriptivo más que de análisis sociocrítico.

En el contexto sociohistórico actual, prevalece la concepción de la salud poblacional concentrada principalmente en los campos de la medicina y la salud pública, en la *patologización* de las enfermedades de impacto, el desarrollo de fármacos, el diagnóstico y tratamiento médicos, el seguimiento de epidemias, es decir, pone énfasis en los costos, las ganancias, la mercantilización, la producción de un mercado y la ganancia de adeptos. Esta construcción en función de la producción de salud, conlleva cambios en factores como el gasto en bolsillo, el consumo por automedicación, fenómenos como la medicina antienviejecimiento, la reestructuración de la seguridad social y otros elementos que forman parte de los principios de la Seguridad Social garantía de un Estado de Bienestar. Sin embargo, a excepción de algunos informes de literatura de análisis cualitativo, la investigación empírica cuantitativa sobre la vulnerabilidad de la salud de la población no ha atraído suficiente atención y se ha convertido en una de las deficiencias del apoyo teórico a la práctica de construir un “Mundo saludable”.

La discusión sobre vulnerabilidad en salud (VS) se fue construyendo basada en los Derechos Humanos lo cual propuso las posibilidades de acciones intersectoriales y de una mayor comprensión de los procesos salud-enfermedad y, en consecuencia, de las respuestas sanitarias con carácter social más efectivo. La incorporación de la mirada social exige el análisis de las políticas de territorialización de la salud, la prestación de servicios de salud acorde a las necesidades de

las poblaciones de un territorio determinado, en un momento determinado, fortalecer la acción regional y local; fortalecer la coordinación y la complementariedad intersectorial entre las partes interesadas; una reorganización de las áreas de acción en salud basada en una lógica de proximidad e integración de las necesidades de las poblaciones, ver a todos por iguales, colocando por delante el Derecho a la salud. Se trata de pensar la prestación de servicios de salud (sanitarios, médico-sociales, prevención, promoción de la salud y apoyo social) teniendo en cuenta las necesidades específicas de las poblaciones y buscar fortalecer la cooperación, la complementariedad y la coordinación entre los establecimientos de salud y/o partes interesadas, fortalecer la atención a los pacientes y mejorar el acceso de las personas más vulnerables. Si bien salud es una responsabilidad del Estado también lo es de otros actores que actúan a nivel regional y local con una participación activa y proactiva de los colectivos, en ese orden. Sin embargo, debido a la falta de medios suficientes y de voluntad política, por un lado, y debido a la evolución de los problemas sociales, por otro, solo se construye medidas progresivas, destinadas a colmar las lagunas del Estado contribuyendo como señala Kamerman a una “economía mixta del bienestar”. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado la Herramienta de Políticas de Equidad en Salud para guiar la gama de políticas e intervenciones multisectoriales que los países pueden iniciar para reducir las desigualdades en salud. Sin embargo, sigue persistiendo una serie de medidas que afectan a las poblaciones y crean vulnerabilidades: la reforma de la asistencia social, los subsidio para la atención, la lucha contra la exclusión, la salud con cobertura universal.

El término de *desigualdad en salud* hace referencia genérica a las diferencias en la salud en los individuos o los grupos. El análisis de los determinantes de la salud muestra que los cambios en las circunstancias sociales explican casi un tercio de la variación en los resultados de salud, mientras que el acceso a la atención representa alrededor del 11%.

Hay evidencia de que las desigualdades en salud tienen altos costos económicos, reducen la productividad y aumentan las demandas sobre el sistema de salud. Esta situación es muy semejante en la gran mayoría de los sistemas de salud, debido a que las Reformas estructurales de la época de los '70-'80 se encargaron de dismantelar las políticas de Estado de seguridad y asistencia social, introduciendo mecanismos de mercado junto con la descentralización en el manejo de los recursos y programas de salud provocando la fragmentación, precarización, la burocracia y la inequidad para la atención en salud. La desigualdad va acompañada de diferentes eventos que constituyen una bola de nieve como son el aumento de gasto bolsillo, la etnicidad, el género, la migración interna y externa, entre otros. La heterogeneidad en el acceso a servicios de salud y, en consecuencia, en resultados sanitarios, es claramente un obstáculo para superar la pobreza y alcanzar el desarrollo sostenible que se busca en cualquier sociedad.

Por otro lado, las *inequidades en salud*, de acuerdo con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, se refieren a aquellas “diferencias sistemáticas en salud—considerando resultados, pero también el proceso para la generación de los mismos— entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que son evitables o remediables y por ende se constituyen en diferencias injustas”. Sumados a estos documentos existe toda una serie de investigaciones de índole cualitativo y cuantitativo que en conjunto muestran aún las grandes brechas físicas, normativas, legales, económicas, culturales, territoriales, etc. que se encuentran como nudos críticos en los análisis de inequidad, fenómenos globales como las migraciones, la violencia, etc.

Conscientes de la importancia que tenemos los y las investigadores e investigadoras sobre la generación y divulgación del conocimiento sobre los temas anteriormente expuestos y su relación con la salud, nos dimos a la tarea de reflexionar, analizar y recuperar experiencias empíricas en torno a la vulnerabilidad, la equidad e inequidad en salud



como ejes de análisis lo cual ofrece mayores elementos para conocer la realidad y contrastarla territorialmente y nutrir el campo de conocimiento de la salud colectiva y todas las disciplinas relacionadas al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado / muerte.

En este marco, el presente libro compila contribuciones de académicos de diferentes instituciones y países presentados en el siguiente orden:

*Desigualdades en salud: transiciones estructurales en el IMSS Bienestar de Oaxaca, México.* A partir de una reconstrucción sociohistórica de los sistemas de salud de la Mesoamérica temprana hasta el período Obradorista, se muestra la construcción y la concepción de la atención a la salud materializados en sus Instituciones Públicas. En un segundo momento se contextualiza en un territorio al sur de México y a partir de un diagnóstico de salud inicial se realiza un análisis estructural y crítico sobre las manifestaciones de inequidad y desigualdad y el nivel de vulnerabilidad que guarda este territorio a fin de ser considerado en otros momentos al incorporar iniciativas en pro de la salud.

*Salud Integral de buzos de la industria Pesquera de la macrozona Sur Austral de Chile: Un desafío para la academia.* Aborda la falta de políticas integrales en salud en un colectivo chileno dedicado al territorio del buceo y la pesca, como actividades económicas primordiales en una comunidad de la región de los Lagos al sur de Chile, enunciando las necesidades en salud física y mental a fin de lograr el mejor estado de bienestar.

*La vivencia de la Insuficiencia Renal Crónica en Tlaxcala. De territorios, violencias y desigualdades.* Desde la antropología médica y la perspectiva de género se analizaron las trayectorias de atención de diez jóvenes y adultos que padecen ERC, tratados con terapias de sustitución renal, en el estado de Tlaxcala, lo cual abona al conocimiento de los procesos de salud- enfermedad-atención a padecimientos crónicos degenerativos. Este abordaje nos permite reflexionar acerca del territorio como un eje transversal que incide directamente

en los problemas de salud renal debido a la calidad del agua, exposición a sustancias tóxicas para el riñón y disponibilidad desigual de servicios médicos especializados, enmarcando trayectorias de atención acentuadas por la desigualdad.

*Adolescencia, juventud y conducta suicida: aspectos generales en el contexto latinoamericano.* Se realizó una revisión de los elementos centrales de la adolescencia y adolescencia tardía o juventud para establecer los elementos centrales de una y otra fase, a objeto de poder vincular la presencia de ciertas características transversales que permiten comprender de mejor forma la relevancia de estudiar la conducta suicida.

*Aspectos da saúde bucal, doenças crônicas e fatores socioeconômicos em território de comunidades quilombolas, Sergipe, Brasil.* Se analizan las relaciones entre la gravedad de la caries dental, las enfermedades crónicas no transmisibles y aspectos sociodemográficos y económicos en el territorio de Comunidades quilombolas en Sergipe, noreste de Brasil. Un trabajo importante porque consideró la complejidad de los factores económicos y sistémicos prevalecientes y de la salud para planificar políticas sociales y de salud pública más realistas a las comunidades quilombolas en Sergipe.

*Salud mental juvenil y conducta suicida en contextos universitarios:* Datos para la reflexión. La salud mental de los estudiantes universitarios es un tema que requiere ser atendido. Diferentes estudios muestran una elevada presencia de enfermedades mentales y conductas suicidas entre los estudiantes. Este problema puede ser atribuido a diversas causas, lo cual requiere de servicios de salud mental efectivos y asequibles en las instituciones de educación superior que identifiquen y manejen estos temas. De igual manera, es crucial promover la conciencia y la educación en salud mental para reducir el estigma asociado y promover la búsqueda de ayuda.

*Percepción de la Cultura de Paz en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.* Se trata de un estudio con una metodología descriptiva con el objetivo de identificar la asociación que

hacen los estudiantes de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE) entre la cultura de paz y sus vivencias personales. Se utilizó un cuestionario basado en la construcción de una escala psicométrica modificado para medir la percepción sobre cultura de paz ya que promover la cultura de la paz puede tener un impacto positivo en la salud de las personas, tanto en términos de prevención de la violencia como en la promoción de la justicia social y la igualdad en el acceso a los recursos de salud.

*Hablar a las mujeres o escucharlas: Entendiendo el Territorio para la Co-construcción de Redes Protectoras que prevengan las Violencias de Género e Intrafamiliares.* Narrativa sobre la experiencia teórico práctica en la co-construcción de formas más efectivas de intervención en problemas de salud, rompiendo los paradigmas salubristas privilegiando la praxis de todos los sujetos sociales, institucionales y políticos a fin de alcanzar una vida sustentable, soberana y digna. El capítulo se enfoca en el maltrato intrafamiliar y de género que no es ajeno al contexto social.

*Los determinantes sociales y la vulnerabilidad en el adulto mayor en México.* A partir del desarrollo conceptual de los determinantes sociales y la vulnerabilidad, se analizan los obstáculos y limitaciones que enfrenta el grupo de adulto mayor en el contexto mexicano, lo cual requiere una respuesta social organizada en todos los niveles sociales considerando las diferencias territoriales y las prácticas culturales.

*Transgresión de alimentos callejeros, un problema territorial en Salud Pública.* Problematicación sobre la regulación de la comida callejera como eslabón para alcanzar una seguridad alimentaria, mirada como parte del proceso de urbanización y crecimiento poblacional. Esta falta de regulación es definida como una “transgresión alimentaria” con prácticas inadecuadas, falta de una legislación estricta, capacitación y educación en torno a este tema.

*COVID-19, Territorio e Inequidad: Retrospectiva desde los Determinantes Sociales de la Salud.* Aborda la importancia de considerar el territorio y la desigualdad como categorías en-

lazadas con los determinantes sociales ya trascienden a un análisis crítico de las situaciones de salud, con ejemplo en la etapa de pandemia, que son el resultado de las formas de producción y reproducción en un contexto geográfico, social y político dado como parte clave de las condiciones y circunstancias donde se desarrolla la vida.

**ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES**

**ERNESTO LICONA VALENCIA**

**DONOVAN CASAS PATIÑO**

**ALEX VÉLIZ BURGOS**

# **CAPITULO 1.**

## **DESIGUALDADES EN SALUD: TRANSICIONES ESTRUCTURALES EN EL IMSS BIENESTAR DE OAXACA, MÉXICO**

**ERICK AZAMAR CRUZ  
DONOVAN CASAS PATIÑO  
ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES**

### **Introducción**

**LAS DESIGUALDADES EN** salud de todo un colectivo son disparidades sistemáticas injustas, no son naturales sino son estructurales (Peñaherrera, 2018), las cuales dependen de todo un contexto social, económico, biológico, de género, educativo y de accesos. La inequidad en salud surge como un reflejo involuntario, el cual protagoniza estas diferencias en salud, que muchas de las veces son innecesarias, evitables e injustas. Son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, especialmente en relación con sus posibilidades de conservar y preservar la salud. De modo antagónico, la equidad en salud no se refiere solo a la salud, y mucho menos debe ser reducida a la distribución de la asistencia sanitaria, sino que hay que entenderla desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social (Linares, 2008).

Según Kawachi, el término desigualdad en salud se refiere de manera genérica a las diferencias en la salud de los

individuos o los grupos. Cualquier aspecto cuantificable de la salud que varía entre individuos o según agrupamientos socialmente relevantes puede denominarse una desigualdad en salud. En la definición de desigualdad en salud está ausente cualquier juicio moral sobre si las diferencias observadas son razonables o justas. (Kawachi, 2002)

De aquí partimos, de un análisis de las desigualdades en salud a través de la Salud Colectiva y la Salud Pública dos disciplinas de alto octanaje. En un primer paso iniciaremos con la historicidad del sistema de salud mexicano hasta su actualidad, esto nos brindará un contexto sociohistórico de la forma estructural y la multiplicidad de servicios en salud, en un segundo paso, nos anclaremos en el estado de Oaxaca el cual fue seleccionado por ser un estado multicultural, pluriétnico y multicomplejo, donde nos sumergiremos a través de su estadística en salud para realizar un análisis de teoría de mezcla, lo cual mostrará la realidad en salud en un contexto muy a la mexicana.

## **Reconstrucción Sociohistórica del Sistema de Salud Mexicano**

La salud en México no está exenta de mirar a su pasado, es así que los procesos que se gestan alrededor de la preservación de la salud en el colectivo mexicano requieren mirar a su proceso histórico a través de la complejidad del sistema mexicano de salud, por lo cual presentamos una breve descripción desde la Mesoamérica temprana a la tardía, pasando por los efectos de la independencia, revolución y la 4T (cuarta transformación 2018-2024):

### *Periodo de Mesoamérica temprana (Antes de la Conquista 1521)*

A la llegada de los españoles a México, encontraron una Medicina Tradicional Mexicana cargada de múltiples elementos

culturales, que fortalecían a través del multiculturalismo un arraigo entre sus pueblos en un diálogo horizontal puesto que daban respuesta a muchos de los principales problemas en salud de la época: heridas, traumatismo, fracturas, osteoartrosis, osteomielitis, problemas bucales, trepanaciones, intoxicaciones por picadura de animales ponzoñosos, utilización de antisépticos en procesos quirúrgicos en amputaciones, epidemias —influenza, disentería, tifus, pestilencia de granos, fiebre amarilla, desnutrición, entre otras— (Iturriaga, 2020).

La atención en salud era brindada en aquella época en dos escenarios: el primero, los hospitales para: viejos, inválidos y enfermos incurables, aquí los médicos estaban organizados en varios grupos: médicos sacerdotes que diagnosticaban y trataban males enviados por la divinidad a la que servían (devotos a Tláloc se encargaban de atender a los quemados por un rayo o hidropesía, devotos de Ehecatl curaban la torticolis, devotos de Tezcatlipoca procuraban daños por epidemia o locura), estos médicos habían cursado en el Calmécac su formación; médicos hechiceros los cuales combinaban la magia blanca con la negra (podían sanar o provocar la enfermedad); médicos empíricos que ejercían prácticas aceptadas del momento e incrementaban las alternativas terapéuticas. En el segundo escenario encontramos al médico ticitl (proto médico) reconocido por el pueblo y para el pueblo, practicaba todos los elementos curativos del momento además de la cirugía. Respecto al género los médicos varones trataban heridas, luxaciones, fracturas suturaban entre otros procedimientos, las mujeres médicas, atendían partos, efectuaban embriotomías, cirugías oculares, curaban úlceras y daban masaje en el temazcal (Martínez, 2017).

### *Periodo de Mesoamérica tardía y Colonia (1521-1821)*

La atención en salud inicia con obras hospitalarias motivado por sentimientos religiosos, donde el movimiento evangeli-

zador ordenaba a través de disposiciones reales a establecer hospitales en todas las ciudades, es así que la iglesia era la encargada de los servicios hospitalarios, el estado español daba las facilidades para este fin a la iglesia, la atención era brindada por castas indios y europeos. En muchos hospitales de la nueva España el oficio de médico era hecho por los curanderos indios y las órdenes de hermanos de la Caridad de San Hipólito, franciscanos y agustinos, pero también existía una multitud de personas no autorizadas que ejercían la medicina, a pesar de disposiciones reales para que nadie que no fuese médico curase, este oficio se hacía incontrolable, esto motivado por ausencia de médicos necesarios en la Nueva España. Hasta 1579 se ordenó que los protomédicos no diesen licencias en Indias a ningún médico hasta ser examinado y aprobado, en esta situación muchos de los curanderos y herbolarios, fueron perseguidos y asesinados al no tener licencia y practicar su oficio (Muriel, 1990). Es así como la infraestructura hospitalaria de la Nueva España se amplió en sus servicios al otorgar atención a indios, europeos, mestizos y negros, lo cual continuo hasta el movimiento de independencia.

### *Periodo de Post-Independencia (1821-1876)*

Tras la independencia de México en 1821, se iniciaron los primeros esfuerzos para abordar los desafíos de la salud pública en el naciente país. La creación de instituciones sanitarias y la regulación de la práctica médica marcaron los desafíos de este período, sin embargo, las disparidades persistieron, y la atención se centraba en gran medida en la población de origen español. La figura del Dr. José Ignacio Bartolache destaca en esta época, como médico filántropo que abogó por el establecimiento de instituciones médicas que permitieran atender las necesidades de la población mexicana, sentando las bases para las reformas del sistema nacional de salud.

De sus esfuerzos más destacados, se incluyen, su impulso para fundación de la Real y Pontificia Universidad de México,



en 1551; impulso de la Academia de Cirugía, que finalmente se fundó en 1790; fue defensor activo para la creación de una biblioteca especializada en ciencias médicas y alentó la investigación científica en diversas disciplinas.

También durante esta época, el gobierno mexicano promulgó leyes para regular la práctica médica y establecer los primeros estándares en su atención. En 1822, el Congreso Mexicano promulgó el “Reglamento Provisional de Salubridad” como un primer intento para formalizar la normativa en el ámbito sanitario del país. A pesar de ello, las instituciones médicas y su regulación eran aún incipientes con lo que enfrentaban desafíos considerables que exigían de un esfuerzo improbable por parte de las autoridades.

Aunque el primer hospital público establecido en México fue el Hospital de San Andrés, inaugurado en la Ciudad de México en 1524, fue durante el período de la historia posterior a la independencia, cuando se intensificarían los esfuerzos para expandir y mejorar sus instalaciones médicas. Contrariamente a estos avances en la atención, la medicina continuaba siendo restringida, especialmente para las poblaciones indígena y mestiza. Este período fue fundamental para sentar las bases de un sistema de salud en evolución, marcado por los esfuerzos iniciales en los que figuras destacadas como el propio Dr. Bartolache, el Dr. Valentín Gómez Farías y el presidente Benito Juárez, participaron activamente en la búsqueda de un enfoque más organizado y efectivo que englobara a toda la población de México.

### *Porfiriato y Revolución Mexicana (1876-1920)*

Durante el extenso mandato del General Porfirio Díaz (1876-1911), a pesar de los avances económicos del país y modernización de algunas áreas, la atención médica no tuvo este ritmo, encontrando desafíos significativos vinculados a las condiciones de pobreza y desigualdad de la sociedad, con falta de acceso a servicios de salud, especialmente en comunidades rurales e indígenas.

La Revolución Mexicana (1910-1920) significó un periodo crucial de cambio social y político, sin embargo, no favorables para el sistema de salud; la violencia y la inestabilidad política generaron dificultades para la implementación de reformas significativas en el ámbito de salud, a pesar de la lucha por la justicia social y la equidad. El 13 de abril de 1905, el presidente Porfirio Díaz, inaugura el Hospital General de México, y el 1 de marzo de 1917 se crea el Departamento de Salud Pública Mexicano.

### *Siglo XX, nacimiento de la seguridad social*

Durante este periodo de la historia de México, se desarrollaron los avances más importantes en materia de salud. En 1925, el Doctor Jesús Kumate Rodríguez funda el Instituto de Salubridad. El 19 de enero de 1943, el presidente Manuel Ávila Camacho impulsó un cambio significativo en la atención médica en México al fundar el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hito que representó el nacimiento de la seguridad social en el país, marcando un parteaguas en la atención sanitaria y un compromiso inapelable con la salud de los trabajadores.

El IMSS se convirtió en una institución emblemática al proporcionar por primera vez en la historia, servicios médicos y prestaciones sociales a los asegurados y sus familias, y abriendo la puerta a una mayor equidad social en el acceso a la atención médica.

La creación del IMSS no solo fue un paso fundamental, sino que también sentó los cimientos de un modelo más amplio de seguridad social. En 1959, el presidente Adolfo López Mateos funda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ampliando la cobertura de seguridad social a los empleados del gobierno. Estas reformas, impulsadas inicialmente por la visión de Ávila Camacho, transformaron radicalmente el panorama de la atención médica en México al proporcionar servicios a un segmento im-

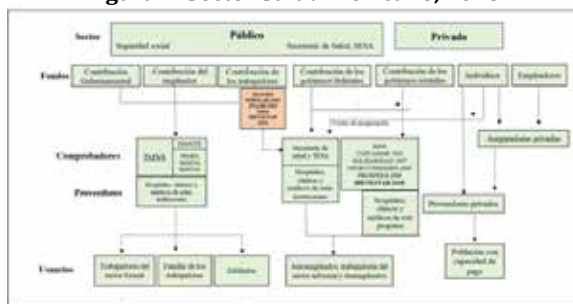
portante de la población que hasta entonces no contaba con acceso a la seguridad social.

En consecuencia, el nacimiento de la seguridad social en México durante el siglo XX no solo representó una mejora en la cobertura médica, sino que también fortaleció el compromiso del gobierno con el bienestar de la población. Estas reformas establecieron los fundamentos de un sistema de salud mucho más inclusivo y orientado a la prevención, marcando un hito significativo en la evolución del sistema de atención médica en México.

### *Sistema de Salud en el México Actual*

El sistema de salud en México hoy en día es mixto, compuesto por sectores público y privado. A su vez el sector público, es altamente complejo, dado que está segmentado y fragmentado en múltiples instituciones tales como la Secretaría de Salud (SSA), el IMSS en sus regímenes ordinario y bienestar, el ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el recientemente creado Organismo Público Descentralizado (OPD) IMSS Bienestar. (Figura 1)

**Figura 1. Sector Salud mexicano, 2023**



Fuente: Modificado de Gómez, O.; Sesma, S.; Becerril, V.; Knaul, F.; Arreola, H.; Frenk, J. (2001). Sistema de Salud de México. Salud Pública Méx., V. 53, Supl. 2.

Cabe resaltar que el sector privado juega un papel muy importante en la atención médica del país, con una amplia infraestructura que oferta servicios de primero, segundo y tercer niveles, con atención general y especializada, dirigida a aquéllos que tienen capacidad de pago, de manera directa o a través de seguros de salud privados.

### *La cuarta transformación (4t) (2018-2024)*

En las últimas décadas, la Secretaría de Salud en México, ha definido diversos modelos de atención dirigidos a la población sin seguridad social, transitando desde el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), el Modelo de Atención Integral (MAI), hasta llegar en los primeros años del gobierno actual al Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), derivado del Decreto de creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (Diario Oficial de la Federación (DOF) 29 noviembre 2019) y que desapareció el 30 de mayo del 2023 de acuerdo al Decreto publicado el 29 de mayo del mismo año en el DOF; finalmente en el DOF del 31 de agosto del 2022 se emite el Decreto donde se crea el Organismo Público Descentralizado (OPD) denominado Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) quien implementaría el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), basado, igual que los anteriores en el fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud (APS).

Cada modelo cuenta con sus principios, valores y estrategias dirigidos, teóricamente, hacia el logro de la cobertura en salud a toda la población y disminución de las brechas y desigualdades existentes en la población sin derechohabencia. Basado en las eras de la evolución temporal de las Salud Pública de Susser, el modelo actual de salud se basa en un modelo eco-epidemiológico que busca el reconocimiento de los determinantes de la salud y a través de la identificación de los factores de riesgo y grupos de riesgo a niveles individual

y poblacional, se realizan intervenciones dirigidas a mejorar los estilos de vida y factores ambientales, por ejemplo; sin embargo, con poco impacto en el estado de salud poblacional (Susser & Susser, 1996), pero este modelo deja sin reconocimiento explícito a los otros, en este caso a los profesionales de la salud, los cuales trabajan en modelos de precarización y flexibilización laboral, sometidos a normas y reglamentos obsoletos para su práctica clínica, así mismo los diferentes grupos poblacionales con su inmensa representación cultural en sus niveles tanto urbanos como rurales, permean sobre una respuesta en salud muy limitada al contexto real.

Aunado a lo anterior, también hay elementos del modelo socio-médico que, si bien incluye los determinantes sociales, los analiza desde la perspectiva del perfil epidemiológico, siendo que todos estos elementos hacen compleja la visión holística del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte y no se aterrizan en acciones efectivas que atiendan a la colectividad en su contexto regional (Hernández-Girón *et al.*, 2012), estos acotamientos ideológicos de contención de la enfermedad, no permiten explorar la basta carga de los determinantes sociales de la salud, motivando de manera continua el modelo biomédico curativo, de esta forma el paradigma en salud en México, continuara de manera perpetua sobre andamiajes paliativos y de contención de la enfermedad.

El gobierno mexicano, durante el sexenio presidencial actual, a través de la Secretaría de Salud y el OPD IMSS-Bienestar, firmó con 23 estados de la República Mexicana, incluido Oaxaca, el Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar (DOF 13 octubre 2023), que pretende consolidar la operación de un sistema de salud único que integra las unidades de atención médica de primero, segundo y tercer niveles de atención, a través de la transferencia de dichas unidades, dependientes hasta al momento, de los Servicios Estatales de Salud al IMSS-Bienestar, para dar continuidad a la atención médica, de origen gratuita y preventiva. Hay 9 estados no firmaron el Acuerdo en

menCIÓN, esto debido a que algunos de ellos, no cuentan con antecedente de unidades de responsabilidad del Programa IMSS-Bienestar, pero fundamentalmente se mantiene la negativa, por ser gobernados por partidos opositores al de la presidencia de México, de esta forma la ideología partidista se impone a las necesidades de los colectivos, es así que el beneficio común sucumbe ante convenios perversos.

## **Anclaje Metódico**

Estos cambios organizacionales han condicionado diferentes retos como cualquier negocio, pero es de mencionar que la búsqueda en salud de todo un colectivo debe ser continua y buscar mejorar las condiciones de desigualdad. De aquí parte esta investigación al realizar un análisis de la transición de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) al IMSS-Bienestar, anclados desde la perspectiva de la Salud Colectiva y la Salud Pública, la primera, es una disciplina de mirada social que propone análisis transdisciplinarios al proceso salud, enfermedad, atención, cuidado, muerte; la segunda, es una disciplina basada en una perspectiva hegemónica que defiende la visión convencional de factores de riesgo y determinantes sociales de la enfermedad, como los elementos basales para la determinación de la política pública en salud, con estos modelos podemos conformar otra realidad social en salud, que pueda mostrar nuevos proyectos integradores en salud y dar respuestas a todos los territorios en salud del estado de Oaxaca.

## **Diagnóstico de salud de Oaxaca**

Para comprender la magnitud del suceso, se plantea, de inicio, describir algunos datos que permitan caracterizar desde la óptica de la salud pública, el estado situacional que guarda Oaxaca (motivo del análisis), para posteriormente debatir elementos desde la mirada de la salud colectiva.

El estado de Oaxaca se localiza entre los paralelos  $18^{\circ} 40'$  y  $15^{\circ} 39'$  de latitud Norte y los meridianos  $93^{\circ} 52'$  y  $98^{\circ} 33'$  de longitud Oeste. En la República Mexicana se sitúa en las inmediaciones de la Sierra Madre Oriental y Sierra Madre del Sur. Limita al Norte con los Estados de Puebla y Veracruz; al Este con Chiapas; al Oeste con Guerrero y al Sur con el Océano Pacífico. Tiene una extensión Territorial de 93,757.4 km<sup>2</sup> que corresponde al 4.8% del territorio nacional. División Político-Administrativa consta de 570 Municipios, 30 Distritos, 10,723 Localidades (10,523 rurales y 200 urbanas). (INEGI, 2024) (Figura 2)

**Figura 2. Ubicación geográfica del estado de Oaxaca en la República Mexicana**



Fuente: INEGI mapas.

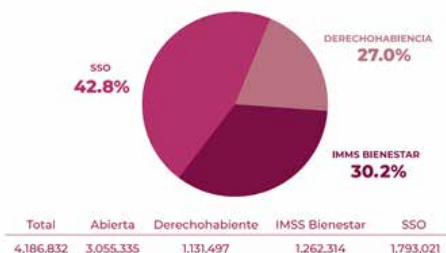
En cuanto al número de habitantes, se encuentra en el décimo lugar a nivel nacional con 4,223,522 habitantes, de los cuales 52% son mujeres, con una media poblacional de 28 años y una tasa de crecimiento media de 1.08 para 2022. Para el 2022 se refiere una Esperanza de Vida al Nacer Total de 72.89 años y por sexo en mujeres y hombres de 76.30 y 69.76 años, respectivamente y el índice de envejecimiento

fue de 32.11 (Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 2015-2030. CONAPO y Estimaciones INEGI, 2022)

Para el 2023, la tasa bruta de mortalidad se situó en 7.44 y la de natalidad en 18.10 por 100,000 habitantes; la tasa global de fecundidad fue de 2.23 y en adolescentes de 68.55. (Consejo Nacional de Población. Conciliación demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas 2020-2070)

De acuerdo al Plan Estatal de Desarrollo (PND) 2022-2028, 57.20% de la población tiene algún tipo de derechohabencia (IMSS, ISSSTE, PEMEX) y 42.80% es población sin derechohabencia, la cual es atendida principalmente por los SSO y el IMSS-Bienestar. (Plan Estatal de Desarrollo 2022-2028. Gobierno del Estado de Oaxaca) (Figura 3)

**Figura 3. Cobertura poblacional por derechohabencia, 2022**



Fuente: Plan Estatal de Desarrollo 2022-2028. Gobierno del Estado de Oaxaca.

## Daños a la salud

Las primeras cinco causas de mortalidad general para el 2022 fueron: Enfermedades del corazón, Diabetes Mellitus (DM), Tumores malignos, Enfermedades del hígado, y Enfermedades cerebrovasculares (ECV) (Tabla 1); y las primeras cinco causas de morbilidad general, para el mismo año, fuera de COVID-19 fueron: Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Infecciones intestinales, Infecciones de vías urinaria (IVU), Gingivitis y Otitis media. (Tabla 2) Es preciso comentar, que



esta distribución tiene variaciones por regiones o por cada RISS, dadas las características propias de las mismas, las cuales se deben considerar para la planificación y como tema de análisis en la transición.

**Tabla 1. Principales causas de mortalidad en Oaxaca, 2018-2022**

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>1</b>	Infarto agudo de miocardio	Infarto agudo de miocardio	Infarto agudo de miocardio	COVID-19	Enfermedades del corazón
<b>2</b>	Diabetes mellitus tipo II con complicaciones renales	Diabetes mellitus tipo II con complicaciones renales	COVID-19	Infarto agudo de miocardio	Diabetes mellitus tipo II
<b>3</b>	Diabetes mellitus tipo II con otras complicaciones	Diabetes mellitus tipo II con otras complicaciones	Diabetes mellitus tipo II con otras complicaciones	Diabetes mellitus tipo II con otras complicaciones	Tumores malignos
<b>4</b>	Otras cirrosis hepáticas	Hipertensión esencial	Diabetes mellitus tipo II con complicaciones renales	Neumonía no especificada	Enfermedades del hígado
<b>5</b>	Neumonía no especificada	Otras cirrosis hepáticas	Hipertensión esencial	Hipertensión arterial	Enfermedades cerebro vasculares
<b>6</b>	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus tipo II con complicaciones múltiples	Neumonía no especificada	Otras cirrosis hepáticas	Accidentes
<b>7</b>	Cirrosis hepática alcohólica	Neumonía no especificada	Otras cirrosis hepáticas	Cirrosis hepática alcohólica	COVID-19
<b>8</b>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Cirrosis hepática alcohólica	Cirrosis hepática alcohólica	Accidente vascular cerebral	Agresiones
<b>9</b>	Accidente vascular cerebral	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Senilidad	Influenza y neumonía
<b>10</b>	Agresiones	Senilidad	Accidente vascular cerebral	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

Fuente: SEED. Dirección de planeación y desarrollo de los SSO.

**Tabla 2. Principales causas de morbilidad en Oaxaca, 2018-2022**

	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>1</b>	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas
<b>2</b>	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
<b>3</b>	Infecciones de vías urinarias	Infecciones de vías urinarias	Infecciones de vías urinarias	Infecciones de vías urinarias	Infecciones de vías urinarias
<b>4</b>	Conjuntivitis	Conjuntivitis	COVID-19	COVID-19	COVID-19
<b>5</b>	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Otitis media aguda	Vulvovaginitis	Gingivitis y enfermedad periodontal
<b>6</b>	Otitis media aguda	Otitis media aguda	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Otitis media aguda
<b>7</b>	Vulvovaginitis	Vulvovaginitis	Conjuntivitis	Otitis media aguda	Vulvovaginitis
<b>8</b>	Gingivitis y enfermedad periodontal	Gingivitis y enfermedad periodontal	Vulvovaginitis	Conjuntivitis	Úlceras, gastritis y duodenitis
<b>9</b>	Amebiasis intestinal	Amebiasis intestinal	Amebiasis intestinal	Gingivitis y enfermedad periodontal	Conjuntivitis
<b>10</b>	Faringitis y amigdalitis estreptocócica	Faringitis y amigdalitis estreptocócica	Faringitis y amigdalitis estreptocócica	Amebiasis intestinal	Obesidad

Fuente: Anuarios de morbilidad. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud

## Infraestructura en Salud

Respecto a la infraestructura de unidades médicas, es de destacar la gran cantidad de unidades médicas de responsabilidad de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), sujetas a la transferencia al IMSS-Bienestar, siendo 926 de primer nivel, 35 de segundo nivel y 3 de tercer nivel de atención, esto sin considerar las 1,704 casas de salud distribuidas en la entidad que no se contemplan en la transición. (Tabla 3)

**Tabla 3. Unidades médicas de los SSO, por jurisdicción sanitaria, Oaxaca**

Nivel	Tipo de unidad	Jurisdicciones						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Unidades Médicas	Fuente de la Unidad	463	165	271	345	520	111	1,704	
	Segundo nivel	Casos de salud	1	0	0	0	0	0	1
		Hospital psiquiátrico	1	0	0	0	0	0	1
		Hospital especializado	3	0	1	3	2	0	15
		Hospital general	3	0	1	3	2	0	15
		Hospital de la comunidad	4	2	3	4	3	3	19
		Clínica de especialidades	2	0	0	0	0	1	3
		ES-SSA	5	2	1	5	1	1	15
		Unidades de especialidades médicas (UNEMES)	6	4	2	4	4	0	22
		Centro de salud con hospital	0	0	1	0	0	0	1
		Centro de salud urbano de 1 a 12 núcleos y más	130	43	11	26	67	66	333
		Rural de 01 núcleos tabasco	101	67	45	60	79	35	387
		Rural de 02 núcleos tabasco	6	1	6	1	0	1	14
		Rural de 3 y más núcleos tabasco	0	0	1	0	1	0	2
		Unidades Médicas (UTS)	17	11	15	19	30	15	107
		Unidades Médicas Móviles (UPAM)	17	3	3	6	12	0	45
		Total de Unidades Médicas	283	141	91	127	199	122	863

Fuente: Catálogo Único de Establecimientos en Salud (CLUES) 2022.

### Recursos Humanos para la Salud

Uno de los elementos a tener en cuenta por su complejidad en el proceso de transición es el capital humano, esto porque en lo general se cuenta con más de 17 mil trabajadores adscritos a los SSO, entre el área médica, enfermería, paramédica, administrativos y servicios complementarios y de apoyo, con diversa actividad contractual (base, homologados, regularizados, confianza, honorarios), además de que la gran mayoría es personal sindicalizado, y pertenecen a 9 sindicatos diferentes.

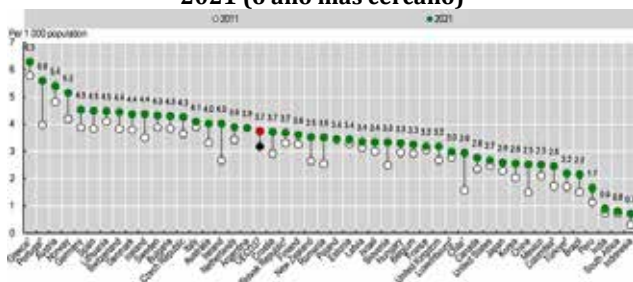
Por poner un ejemplo, de los gremios más grandes, el personal sujeto a transferirse de los SSO al IMSS-bienestar; del personal de enfermería se cuenta con un total de 5,363 recursos, distribuidos 2,539 en primer nivel y 2824 en hospitales; del personal médico son 2656, 1,558 en el primer nivel y 1,098 en hospitales, entre generales y especialistas, todos con gran diversidad de antigüedades, códigos de acuerdo al catálogo de los SSO, sindicatos, etc. (Dirección de administración-SSO)

De acuerdo a la Organización y Desarrollo Económicos (OCDE) (OECD, 2023), el número de médicos aumentó de aproximadamente de 2,9 millones en 2001 a 3,5 millones en 2011 y 4,3 millones en 2021. En todos los países de la OCDE, el número de médicos aumentó más rápidamente que el ta-

maño de la población durante la última década, de modo que, en promedio, el número de médicos por cada 1.000 habitantes aumentó de 3,2 en 2011 a 3,7 en 2021. (Figura 4)

Con base a lo anterior se observa que si bien como país se cuenta con un promedio de 2.5 médicos por cada mil habitantes, para el estado de Oaxaca, este indicador es a nivel estatal de aproximadamente 1.5 médicos por cada mil habitantes, sin embargo, este dato presenta variaciones de acuerdo a cada Región y RISS, contando con mayor concentración de profesionales médicos en áreas urbanizadas, donde puede llegar hasta 2.2 y siendo las áreas con mayor deficiencia las rurales y más remotas, para la atención de unidades de primer nivel, donde se prioriza las acciones de APS, donde el indicador llega a bajar hasta 1; cabe decir, que de acuerdo al análisis realizado por los SSO para la transferencia, con corte 2023, existe un déficit de más de 400 médicos especialistas para cubrir las necesidades hospitalarias, con alto énfasis en los hospitales de menor capacidad resolutive enclavados en las diversas zonas rurales de la entidad oaxaqueña.

**Figura 4. Médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes, 2011 y 2021 (o año más cercano)**



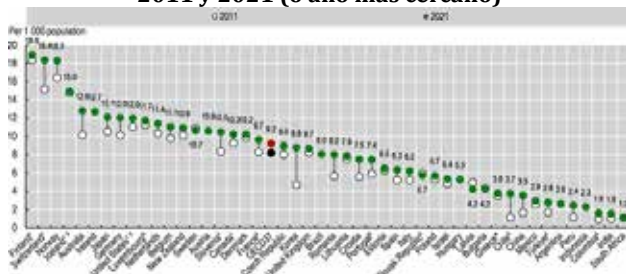
Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE 2023.

En México, como en los demás países de la OCDE, el personal de enfermería representa la categoría más numerosa de los trabajadores de la salud, siendo este grupo un elemento central dentro del sistema de salud, tanto en la atención

hospitalaria como en el primer nivel, partiendo de la idea que el modelo de atención está centrado en el paciente.

A partir de los informes de la OCDE (OECD, 2023), en 2021, había una media de 9.2 enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes en los países miembros de la OCDE, frente a 8,2 en 2011. Sin embargo, en México la densidad de enfermeras para el 2021, fue de 2.9 enfermeras por cada mil habitantes. (Figura 5) Para el estado de Oaxaca, este indicador oscila en lo global en 2.6 enfermeras por cada mil habitantes, y al igual que los médicos tiene diferencias en cada RISS y menor cobertura en áreas rurales de la entidad.

**Figura 5. Enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes, 2011 y 2021 (o año más cercano)**



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE 2023

## Calidad de la atención médica

De acuerdo al informe anual 2022 del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS II) que emite la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en la organización de los servicios de primer nivel de zonas urbanas, la media en Oaxaca fue de 72.77%, estando por debajo del 90% esperado. De los indicadores que no cumplen con el nivel esperado el de mayor impacto fue, surtimiento completo de medicamento con 59%, siendo el estándar esperado  $\geq 95\%$ .

Respecto a la organización de los servicios rurales, la media anual de cumplimiento fue 76.13%, siendo el crítico, surtimiento completo de medicamento con 60.95%.

El porcentaje de cumplimiento en la organización de los servicios de urgencias donde el estándar es  $\geq 90\%$ , el nivel de cumplimiento para el estado de Oaxaca fue de 39.26%. El tiempo estándar para recibir atención es  $\geq 80\%$ , siendo para Oaxaca de 65.44%, con un promedio de 18 minutos para recibir atención, debiendo ser  $\leq 15$  minutos.

En relación a la atención médica efectiva en segundo nivel, se observó que, en 2022, los indicadores críticos fueron: Porcentaje de pacientes de cirugía general que se operan después de siete días de solicitada la cirugía electiva con 47.68% siendo el estándar  $\leq 15\%$  y la tasa de cesáreas fue de 47.41%, siendo el estándar  $\leq 30\%$ .

De los indicadores de enfermería se encuentra en semáforo amarillo la prevención de infección de vías urinarias con 93.46% (estándar  $\geq 95\%$ ), prevención de caídas en pacientes hospitalizados con 93.24% (estándar  $\geq 95\%$ ), prevención de úlceras por presión con 93.11% (estándar  $\geq 95\%$ ).

## **Determinantes Sociales de la salud y Territorio**

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen” (Marmot *et al.*, 2013, p. 382), incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, entre otros, incluyen el sistema de salud, acceso al mismo, prestaciones, calidad de servicio, financiamiento y otras variables claves para la búsqueda de la salud y el bienestar individual y comunitario. Los DSS plantean “condiciones y factores que son la causa de las desigualdades y las inequidades generalizadas y persistentes en materia de salud” (OMS y OPS, 2017, p. 1). (Cortés-Telloa, 2021)

El territorio se entiende como un pilar fundamental de las DSS, puesto que es un espacio geográfico, social y político donde las personas producen y reproducen hábitos y costum-

bres, también como el espacio donde desarrollan sus actividades productivas y de consumo, lugares donde las personas desarrollan sus vidas, socializan con otras, así como con su ambiente ecológico. Visto, así como una unidad de análisis, las DSS encuentran en el territorio “su máxima expresión de observación conjunta, existiendo un contexto socioeconómico y político, en el cual se generan (causalmente) jerarquías entre ciertos grupos de población (...) se conciben conexiones o vínculos de cohesión social, los cuales van entramando el territorio” (Fuenzalida, Cobs y Guerrero, 2013, p. 93).

Entendiendo pues, que el territorio es un factor clave para el desarrollo de los DDS, en Oaxaca, este debe ponerse en la mesa de análisis, dada la gran diversidad de los espacios geográficos con que se cuenta, la gran diversidad de realidades sociales de la población y por consecuencia desigualdades en el proceso salud-enfermedad-muerte y en el estado de salud general de cada región derivado de las diversos riesgos y exposiciones, así como medios de atención médica.

El estado de Oaxaca está situado en el sureste de la República Mexicana, limita al norte y noreste con Veracruz y Puebla, al este con Chiapas, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con Guerrero. Se creó por decreto del Congreso de la Unión el 3 de febrero de 1824. Políticamente está dividido en 8 regiones, dentro de las que se encuentran 30 distritos y 570 municipios (24% de los municipios del país); tiene una extensión de 91 783 km<sup>2</sup>, representa 4.8% de la superficie nacional, lo coloca en el quinto estado más grande de la República. En el estado se cuenta con 15 pueblos indígenas y un pueblo afromexicano, cada uno conformado por comunidades que tienen tradiciones y costumbres propias que preservan a la fecha la identidad social y cultural de los grupos mencionados. Al hablar de 15 etnias se reconocen con base en criterios lingüísticos, sin embargo, dentro de una misma etnia idiomática existen, con frecuencia, variaciones dialectales, cuya intensidad va desde pequeños problemas de comunicación hasta la mutua ininteligibilidad.

En su territorio se registran más de 4 000 comunidades hablantes de 15 idiomas (amuzgo, chatino, chinanteco, chocho, chontal, cuicateco, huave, ixcatéco, mazateco, mixe, mixteco, náhuatl, triqui, zapoteco y zoque). Como mencionaran Barabas y Bartolomé en 1990, en Oaxaca pareciera que existen tantas culturas como comunidades estudiadas.

De acuerdo al INEGI 2020, a nivel nacional 79 % de la población vive en localidades urbanas y 21 % en rurales, mientras que en Oaxaca hay 10,523 localidades rurales y 200 urbanas, con una densidad general de 44 personas por km<sup>2</sup> y un promedio de 3.7 habitantes por vivienda; tiene el segundo lugar nacional con más hablantes de 3 años y más de lengua indígena (17%).

Respecto a servicios de salud, se reporta 70.3% de afiliados a servicios de salud, mientras que la media nacional es de 73.5%, con una esperanza de vida en Oaxaca es de 74.2, mientras que a nivel nacional es de 75.2 años.

Por la complejidad geográfica del estado y la diversidad del acceso al sistema de salud, es fundamental pues, caracterizar los microambientes en cada región, entendiendo el territorio como el espacio donde se generan las necesidades en salud y que, con intervenciones, estrategias y políticas fundadas en la concepción del mismo, se pueden buscar soluciones sin afectar la cultura, la identidad, las costumbres, las tradiciones y la propia cosmovisión de la salud por los pueblos, desde una base epidemiológica, pero con análisis epistemológico y de salud colectiva. (Borde y Torre-Tovar, 2017).

Por todo lo antes expuesto, es evidente que el sistema de salud mexicano y por ende el de Oaxaca, cursa por una crisis ante la incertidumbre administrativa, epidemiológica y social, consecuencia de las decisiones gubernamentales del último sexenio, por cierto, próximo a concluir.

Si bien la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce a la salud como un derecho social y a la vez señala que es el estado el responsable de garantizar ese derecho a través de la creación de políticas a favor de mejorar el estado de salud, la calidad de vida y el bienestar colectivo



de las personas, que acerquen los servicios de salud gratuitos y deseablemente universales a todos los mexicanos, este alcance está aún lejos de la realidad, considerando que para la implementación de las diversas estrategias, las decisiones se basan en un enfoque meramente salubrista del estado de salud, con alto enfoque político y sin considerar las determinantes sociales o las necesidades locales, como elementos clave para la creación de políticas en salud, que no representen menoscabo a las características sociales, culturales, de acceso, idiosincrasias de las diversas zonas del país y específicamente de Oaxaca, con la diversidad tan amplia comentada anteriormente.

El análisis del territorio oaxaqueño es necesario ya que cada una de las ocho regiones geopolíticas en las que se divide (Valles centrales, Sierra norte, Sierra sur, Istmo, Cañada, Mixteca, Cuenca y Costa), tiene determinantes propios desde el punto de vista estructural, pero también socio-cultural que no se consideran para la implementación de estrategias en salud; cabe destacar que la división sanitaria del estado es en seis jurisdicciones sanitarias (01 Valles centrales, 02 Istmo, 03 Tuxtepec, 04 Costa, 05 Mixteca y 06 Sierra) y estas a su vez concentran 42 Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), teniendo como unidad ancla un Hospital que las coordina; estas RISS tienen una estructura claramente determinada que incluyen unidades de primero, segundo y tercer niveles de salud de todas las instituciones que conforman el sector salud y en un área geográfica perfectamente definida, y es justo en esa regionalización donde se debe plantear el análisis de las desigualdades en salud, ante el traspaso de las unidades médicas que pertenecías a los SSO y que ahora serán de responsabilidad del IMSS-Bienestar; de tal suerte que los profesionales de la salud por territorio puedan direccionar las acciones de la Atención Primaria a la Salud (APS) con base a las necesidades locales, y la atención médica de acuerdo a los niveles de ruralidad y urbanidad, empatizando con el entorno y con un eje de interculturalidad.

Cada una de las 42 RISS comparten un territorio más o menos homogéneo, con algunos determinantes regionales caracterizados a través de los diagnósticos locales de salud, y es en cada red donde se debe analizar a los grupos sociales que las conforman, así como la percepción social de la salud y la concepción de necesidades en salud, que seguramente distarán mucho de la realidad que ofrece el sistema hoy en día, y que este punto de quiebre dado por la transición institucional y de modelo de salud, determina un área de oportunidad muy grande para direccionar un sistema de salud que atienda a la colectividad a partir de las diversas realidades sociales, adecuándose a cada contexto desde el modelo de atención hasta el reaprendizaje de los profesionales de la salud que les atienden.

## **Conclusión**

A partir de lo antes expuesto, se plantea la necesidad de conocer las características regionales de las RISS en el estado de Oaxaca, ante la inminente transferencia de las unidades de salud de los SSO al IMSS-Bienestar, ya que esta encrucijada debería ser vista como una ventana de oportunidad para que, al implementar el modelo de salud propuesto, se consideren a las colectividades regionales de acuerdo a sus diferencias y así adecuarlo, sin menoscabo de las cosmovisiones de cada zona, cuidando sus diversidades culturales, políticas y sociales entre otras.

Es por ello que este acercamiento pone de manifiesto el interés de analizar y construir nociones de los diversos territorios estatales como microsistemas dinámicos con naturaleza propia, los cuales deberían formar parte el conocimiento integral de los profesionales de la salud que atienden a cada zona, para empatizar en condiciones idóneas con la comunidad y de manera recíproca hacerlos parte del sistema, que coadyuve en el logro de la mejora del estado de salud poblacional, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención médica, la rehabilitación en esta responsabilidad institucional de atender el proceso salud-enfermedad-atención médica.

# Bibliografía

## **Alcántara, G. (2008).**

Acerca de la noción de territorio. Una contribución a las epistemologías del sur. *Comunidad y Salud* Año 2022; 20(2) Jul-Dic Online ISSN 2665-024x - ISSN 1690-3293. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm> La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1),93-107. ISSN: 1317-5815. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>

## **Anuarios de morbilidad 1984-2022.**

Gobierno de México, disponible en: Anuarios de Morbilidad 1984 a 2022. Secretaría de Salud. Gobierno. gob.mx ([www.gob.mx](http://www.gob.mx))

## **Borde, E., & Torres, M. (2017).**

El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Em Debate*, 41(spe2), 264-275. doi:10.1590/0103-11042017s222 Disponible en: <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/215> CLACSO. (Dakota del Norte). #CLACSO2022. Conferenciaclacso.org. Recuperado el 24 de abril de 2024, de [https://conferenciaclacso.org/programa/resumen\\_ponencia.php?&ponencia=Conf-1-1055-71061&eje=9](https://conferenciaclacso.org/programa/resumen_ponencia.php?&ponencia=Conf-1-1055-71061&eje=9). Gobierno de México. ACUERDO Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar. DOF 13 octubre 2023.

## **Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E., & Arredondo-López, y A. (2012).**

Public health conceptual models and paradigms. Scielosp. org. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v14n2/v14n2a12.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v14n2/v14n2a12.pdf) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (n.d.). Banco de Indicadores - Indicadores por entidad federativa. Org.Mx. Retrieved April 24, 2024, from <https://www.inegi.org.mx/app/estatal/>

## **Kawachi I., Subramanian, S.V., Almeida-Filho, N. (2002).**

A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. Sep; 56(9):647-52. DOI: 10.1136/jech.56.9.647. PMID: 12177079; PMCID: PMC1732240.

## **Martínez, R. (2017).**

*Hospitales prehispánicos*. Boletín CONAMED-OPS. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin12/hospitales\\_prehispanicos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin12/hospitales_prehispanicos.pdf)

## **Muriel, J. (1990).**

*Hospitales de la Nueva España*. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/ Cruz Roja Mexicana. Link: <https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/hospitales/HNET1028.pdf>

## **OECD. (2023).**

*Health at a Glance: OECD Indicators.* OECD.

## **Pernalete Ruiz, M, Villasana López, P. (2018).**

"De la crítica a la práctica en epidemiología, a la práctica de una epidemiología crítica de construcción Socio-comunitaria". *Revista Saber*, Universidad de Oriente, Venezuela. Vol. 30:37-52. (2018). Disponible en: [https://scholar.google.es/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=es&user=vtubk1AAAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation\\_for\\_view=vtubk1AAAAAJ:\\_g5IzvAfSwC](https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=vtubk1AAAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation_for_view=vtubk1AAAAAJ:_g5IzvAfSwC)

## **Plan Estatal de Desarrollo, 2022-2028. (2023).**

*Gobierno del Estado de Oaxaca.* Disponible en: [https://www.finanzasooaxaca.gob.mx/pdf/planes/Plan\\_Estatal\\_de\\_Development\\_2022-2028.pdf](https://www.finanzasooaxaca.gob.mx/pdf/planes/Plan_Estatal_de_Development_2022-2028.pdf)

## **Santos, Boaventura de Sousa (2018).**

"Introducción a las epistemologías del sur", en *Construyendo las Epistemologías del Sur - Para un pensamiento alternativo de alternativas*. Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20181203040213/Antologia\\_Boaventura\\_Vol1.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20181203040213/Antologia_Boaventura_Vol1.pdf).

## **Silva Peñaherrera, Michael. (2018).**

Revisión sobre las causas de las desigualdades en salud, incluyendo las condiciones de empleo. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 21 (3), 162-163. Publicación electrónica 21 de septiembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.12961/apr.2018.21.03.7>

## **Susser M, Susser E. (1996).**

Choosing a future for epidemiology: eras and paradigms. *Am J Public Health*. 86:668-73.

## **Villasana, P. (2022). Iturriaga, J (2020).**

*Historia de las epidemias en México.* 1 ed., Editorial Grijalbo, Impreso en México.

Vista de La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectiva desde el campo de la Salud Colectiva. (n.d.). *Socialmedicine.info*. Retrieved April 24, 2024, from <https://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/226/484>

## **CAPÍTULO 2.**

# **SALUD INTEGRAL DE BUZOS DE LA INDUSTRIA PESQUERA DE LA MACROZONA SUR AUSTRAL DE CHILE: UN DESAFÍO PARA LA ACADEMIA**

**ALEX VÉLIZ BURGOS**  
**MARÍA RAQUEL PEREIRA BERRÍOS**  
**ALEXIS SOTO SALCEDO**  
**ANITA DÖRNER PARIS**

## **Introducción**

**CHILE ES UN** país marítimo con más de 4300 kilómetros de costa en línea recta, si consideramos bahías, fiordos, golfos e islas que conforman la Patagonia chilena las cifras aumentan a 83500 kilómetros de costa. En esta extensión se desarrollan una serie de actividades económicas, por ejemplo, el 94% del comercio exterior del país (Dirección general del territorio marítimo y de marina mercante de Chile (DIRECTEMAR, s/f). Además, la industria pesquera y la salmonicultura tienen un rol económico relevante. En esta última actividad es donde se desempeña un grupo de trabajadores y trabajadoras que prestan servicios en las diferentes actividades de la industria. En este sentido, han surgido diferentes oficios y profesiones, como los buzos mariscadores y los asistentes de buceo, ambas actividades consideradas como ocupaciones riesgosas y potencialmente fatales (Pereira, *et al.*, 2018). Los y las buzos comerciales poseen un nivel de preparación que les permite la utilización de cualquier equipo necesario para

efectuar trabajos submarinos que estén directa o indirectamente relacionados con su actividad (DIRECTEMAR, 2014).

Es en este grupo de trabajadores se centra este trabajo dado el alto número de personas que laboran directa e indirectamente en el rubro y que son parte importante de la economía de las regiones que habitan.

Respecto a cifras, un estudio con buzos chilenos actualmente, reveló que el 72% de los buzos realizan buceo semiautónomo (hooka) y un 68% de ellos reconoce realizar buceo yo-yo (sucesivo). En las etapas anteriores el buceo yo-yo declarado alcanzó valores cercanos al 100%. Este tipo de buceo, también conocido como buceo repetitivo, podría causar en los buzos la aparición de una patología propia del buceo conocida como osteonecrosis disbárica (Durán, *et al.*, 2020)

En otro estudio realizado en Región de Coquimbo, Chile con 52 buzos mariscadores, se encontró que los tipos de accidentes o enfermedades asociadas de mayor incidencia son la asfixia y el síndrome de descompresión. Al mismo tiempo el estudio logró asociar esta mayor incidencia con el consumo de alcohol. Desde el punto de vista preventivo, muy relevante resulta el no uso de las tablas de descompresión. El 75% de los participantes declara no aplicarla, hecho que tiene un impacto directo en la alta incidencia del síndrome de descompresión. Se puede establecer que el 76,9% de incidencia de esta enfermedad se relaciona con el no uso de las tablas. Otros factores relevantes para la accidentabilidad, se encuentran el nivel educacional, la profundidad a la cual se realiza el buceo, el consumo de tabaco y el no haber recibido capacitación (Guevara-Ramirez, *et al.*, 2020).

Esta realidad es preocupante debido a que el ambiente acuático es un medio hostil, al que la fisiología humana debe adaptarse sufriendo una serie de cambios que suponen un estrés para el organismo (Tello, *et al.*, 2024).

## **Datos referidos al buceo en Chile y el contexto internacional**

Según los datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2023), Chile está entre los 12 países pesqueros más importantes del mundo. El sector pesquero/acuícola es uno de los pilares de la economía de Chile, con una producción total de 3,4 millones de toneladas en 2021 y con un total de 8500 millones de dólares por concepto de exportación de pescado y productos pesqueros en el año 2022. El sector ocupó el año 2012 en forma directa aproximadamente 32600 personas en el pesquero y 109500 personas en acuicultura. En ambos rubros el porcentaje de mujeres osciló entre 22% y 27%. Sin embargo, estadísticas de dos décadas de la Autoridad Marítima de Chile, desde el año 2004 al 2022, indican que en este período de tiempo se han producido 246 accidentes de buceo ligados a la salmonicultura, con un saldo de 44 buzos fallecidos, estas cifras chilenas, que es el segundo productor mundial del salmón cultivado, son dispares con las de Noruega, que es el número uno en la producción mundial. Los datos estadísticos, recopilados por la destacada institución SINTEF Ocean de Trondheim, indican que los accidentes mortales de buceo, en operaciones marinas de salmonicultura, en un período de 34 años en Noruega (1982 hasta 2015), fue de solo 3 personas fallecidas (Infante, 2023). Estos contrastes son muy importantes de considerar y de estudiar, para identificar estas diferencias en los niveles de accidentabilidad y mortalidad laboral.

Respecto a la profesión de buzo, diferentes estudios han logrado reconocer que las personas que se dedican al buceo necesitan tener suficientes reservas de fuerza y capacidad aeróbica para satisfacer tanto las demandas normales como las excepcionales razonables del buceo en el entorno elegido (Pollok, 2007). La forma física se mantiene cuando la intensidad y la frecuencia del ejercicio son suficientes para proteger la capacidad del cuerpo. Aunque la fuerza física de un buzo puede ponerse a prueba transportando equipamiento de bu-

ceo profesional, la duración del esfuerzo suele ser demasiado corta para constituir un entrenamiento eficaz. Las exigencias aeróbicas de la mayoría de las inmersiones bien planificadas tienen aún menos probabilidades de alcanzar la intensidad necesaria para proteger incluso una capacidad aeróbica moderada (Jauchen, 1988). En última instancia, el buceador debe complementar su actividad física en el trabajo con otras fuera de sus actividades normales para mantener o mejorar su nivel de forma física (Dujic *et al.*, 2004). Si consideramos los riesgos de salud a los que se ven enfrentados los buzos aparecen las enfermedades por descompresión inadecuada que puede decantar en osteonecrosis disbárica. Por otro lado, el riesgo cardiovascular y las enfermedades no transmisibles son importantes de evaluar. Por ejemplo, el principal riesgo asociado a la diabetes mellitus en el buceo es la pérdida de consciencia debido a hipoglucemia, considerando que la inmersión asocia más este tipo de riesgo. Es indispensable que la persona tenga un buen control de su diabetes, no haya cambiado de medicación en el último mes, y realice un control pre- y post-inmersión. Además, se aconseja perfiles de buceo más conservadores e ir acompañado de un buceador no diabético. La hipertensión arterial (HTA) con un control adecuado y en ausencia de otros factores de riesgo que indiquen posibilidad de coronariopatía es aceptable para el buceo, independientemente de que se reciba tratamiento. La HTA grado 2 ( $\geq 160/100$  mmHg) es una contraindicación para el buceo hasta que se investigue y se trate. Asimismo, hay que indicar otros factores relacionados con la inmersión y la HTA. En primer lugar, el aumento temporal de la presión arterial central por inmersión por factores fisiológicos antes explicados. Sin embargo, tras la inmersión, la presión arterial sistémica no cambia en comparación con los valores previos a la inmersión. La presencia de HTA se relaciona con una mayor probabilidad de recurrencia posterior, y las personas normotensas que tuvieron problemas por inmersión presentan más probabilidades de desarrollar HTA posteriormente. Si sumamos la obesidad, esta disminuye la aptitud física ge-



neral y puede aumentar el riesgo de sufrir enfermedad por descompresión inadecuada, pues determina una mayor captación de nitrógeno (Buzzacott, *et al.*, 2018).

La industria pesquera se ha ido adaptando a las diferentes legislaciones que promueven la certificación de sus procesos de producción y de gestión de personas, profesionalizando sus mecanismos de seguridad laboral. En este contexto vincularse con centros de investigación que puedan evaluar a sus trabajadores con el objetivo de generar perfiles de cargo que aseguren el bienestar físico y mental de quienes se integran como trabajadores del mar es un aporte a la mejorar la salud laboral de sus colaboradores.

Los buzos profesionales en general se encuentran en difíciles condiciones de trabajo. Dado que su cuerpo está en una exposición permanente a la presión hidrostática, con condiciones climáticas con bajas temperaturas y enfrentan tensión física y emocional dentro de la faena de trabajo (en el medio acuático) como en el entorno laboral (trabajo en aislamiento). Los efectos negativos de la particularidad de su trabajo en hiperbaria requieren el monitoreo y cuidado permanente de su salud, para mantenerse profesionalmente activos. En este sentido las personas que trabajan como buzos deben demostrar un adecuado estado de salud física y mental, además de un buen nivel de aptitud física. Esto le permitirá entre otras cosas desarrollar de mejor forma sus actividades laborales, tener mayor tolerancia al estrés, afrontar riesgos y tomar decisiones adecuadas cuando se presentan en el contexto acuático (Kovacs, 2023; Denoble, 2008).

Bajo este contexto, *¿por qué es necesario construir un perfil de salud integral de buzos de la industria pesquera de la macrozona sur austral de Chile?*

La construcción de un perfil de salud integral para los buzos de la industria pesquera en la macrozona sur austral de Chile es necesaria por varias razones:

1. Identificar riesgos laborales: Los buzos están expuestos a una serie de riesgos laborales, que incluyen la descompresión, el agotamiento, la hipotermia, las

mordeduras de animales marinos, entre otros. Un perfil de salud integral puede ayudar a identificar estos riesgos y desarrollar medidas para prevenirlos.

2. Monitoreo de la salud: Un perfil de salud integral proporciona una línea de base para el monitoreo regular de la salud de los buzos. Esto puede ayudar a detectar cualquier cambio en la salud de los buzos a tiempo y proporcionar el tratamiento necesario.
3. Mejorar la seguridad laboral: Al tener un perfil de salud integral, se pueden establecer protocolos de seguridad laboral más efectivos, lo que puede reducir la incidencia de accidentes y enfermedades relacionadas con el buceo.
4. Promover la salud y el bienestar: Un perfil de salud integral puede ayudar a promover la salud y el bienestar de los buzos al proporcionar información sobre la nutrición adecuada, la necesidad de ejercicio regular y la importancia de descansar adecuadamente.
5. Cumplimiento de las regulaciones: En muchos casos, la ley puede requerir que las empresas tengan un perfil de salud integral para sus trabajadores. Al tener este perfil, las empresas pueden demostrar que están cumpliendo con estas regulaciones.
6. Investigación y desarrollo: Los perfiles de salud integral pueden proporcionar datos valiosos para la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas de buceo, equipos y procedimientos de seguridad.

En resumen, un perfil de salud integral para los buzos de la industria pesquera en la macrozona sur austral de Chile puede ayudar a mejorar la seguridad y la salud de estos trabajadores, lo que a su vez puede mejorar la productividad y la eficiencia de la industria pesquera (Pereira, *et al.*, 2019).

## *Bienestar humano y salud mental de buzos: un área de trabajo importante*

Además, puede ser útil proporcionar recomendaciones sobre cómo manejar el estrés y la ansiedad, que pueden ser comunes en los buzos debido a la naturaleza potencialmente peligrosa de la actividad. Estas recomendaciones pueden incluir técnicas de relajación y respiración, así como consejos sobre cómo mantener una actitud positiva.

También es importante recordar que la salud mental es una parte integral de la salud general. Por lo tanto, un perfil de salud integral para los buzos debe incluir información sobre cómo cuidar la salud mental, incluyendo la identificación de los signos de problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda cuando sea necesario (Buscema, *et al.*, 2023).

Además, los buzos deben ser conscientes de la importancia de las revisiones médicas regulares. Estos chequeos pueden ayudar a identificar cualquier problema de salud potencial en una etapa temprana, lo que puede permitir un tratamiento más efectivo.

Finalmente, un perfil de salud integral para los buzos debe enfatizar la importancia de mantenerse hidratado y evitar el consumo excesivo de alcohol, ya que ambos pueden afectar la capacidad de un buzo para descomprimir de manera segura.

En resumen, un perfil de salud integral para los buzos debe proporcionar una visión completa de la salud y el bienestar, incluyendo la nutrición, el ejercicio, el descanso, el manejo del estrés, la salud mental, las revisiones médicas regulares, la hidratación y el consumo de alcohol. Este enfoque integral puede ayudar a los buzos a mantenerse saludables y seguros mientras disfrutan de su actividad.

El bienestar psicológico de los buzos es un aspecto fundamental que se debe tener en cuenta en esta profesión. La salud mental de los buzos puede verse afectada por una variedad de factores, incluyendo el estrés, la ansiedad, el aislamiento y la presión física extrema que experimentan bajo el agua.

El buceo es una actividad que puede ser emocionante y gratificante, pero también puede ser peligrosa y estresante. Los buzos a menudo se encuentran en situaciones de vida o muerte, y deben ser capaces de manejar el estrés y la ansiedad que estas situaciones pueden causar. Además, el buceo a menudo implica trabajar en condiciones aisladas y desconocidas, lo que puede contribuir a los sentimientos de soledad y aislamiento.

El estrés y la ansiedad pueden tener un impacto significativo en el bienestar psicológico de los buzos. Pueden afectar su capacidad para concentrarse y tomar decisiones, lo que puede ser especialmente peligroso cuando están bajo el agua. Además, el estrés crónico y la ansiedad pueden llevar a problemas de salud mental a largo plazo, como la depresión y el trastorno de estrés postraumático.

El aislamiento es otro factor que puede afectar el bienestar psicológico de los buzos. Muchos buzos trabajan en lugares remotos y pasan largos períodos de tiempo lejos de sus familias y amigos. Esto puede llevar a sentimientos de soledad y aislamiento, que pueden afectar su salud mental.

Además, los buzos están sometidos a una presión física extrema cuando están bajo el agua. Esta presión puede tener un impacto en su salud mental, ya que pueden experimentar síntomas como confusión, desorientación y alucinaciones.

Para mantener el bienestar psicológico, es importante que los buzos tengan acceso a apoyo y recursos de salud mental. Esto puede incluir terapia y consejería, así como técnicas de manejo del estrés y la ansiedad. Además, es importante que los buzos mantengan un estilo de vida saludable, incluyendo una dieta balanceada y ejercicio regular, para ayudar a manejar el estrés y la ansiedad.

En conclusión, el bienestar psicológico de los buzos es un aspecto crucial de su salud y seguridad en general. Es importante que se tomen medidas para apoyar la salud mental de los buzos y para ayudarles a manejar el estrés y la ansiedad que pueden experimentar en su trabajo.

El buceo es una actividad importante en la industria pesquera chilena, especialmente en la recolección de mariscos y otras especies marinas. Aquí hay algunos datos relevantes:

1. Según el Servicio Nacional de Pesca y Acuicultura de Chile, hay más de 10,000 buzos registrados en el país.
2. Los buzos en Chile suelen trabajar en condiciones extremas, con inmersiones de hasta 30 metros de profundidad y en aguas frías.
3. Sin embargo, el buceo también es una actividad peligrosa. Según la Subsecretaría de Pesca y Acuicultura de Chile, entre 2010 y 2015 hubo un promedio de 10 muertes de buzos al año.
4. Las principales causas de accidentes de buceo en la industria pesquera chilena incluyen el mal uso del equipo, la falta de capacitación y la descompresión inadecuada (Pereira, *et al.*, 2019).
5. Para mejorar la seguridad de los buzos, el gobierno chileno ha implementado regulaciones que incluyen la certificación obligatoria de los buzos y la inspección regular de los equipos de buceo.
6. A pesar de estos esfuerzos, la tasa de accidentes de buceo sigue siendo alta en Chile, lo que ha llevado a llamados para una mayor regulación y aplicación de las normas de seguridad (Pereira, *et al.*, 2019).
7. Respecto a cifras en acuicultura, en la Región de Los Lagos, es el sector con mayor desembarque. Correspondiendo a un 88% del total regional (Sernapesca, 2024).

## **Promoción de la salud integral en los trabajadores de la industria pesquera**

Promover la salud integral en buzos de la industria pesquera es esencial debido a las condiciones de trabajo únicas y potencialmente peligrosas a las que están expuestos. Aquí hay algunas formas de hacerlo:

1. Evaluaciones de salud regulares: Los buzos deben someterse a chequeos médicos regulares para evaluar su

condición física y mental. Estos chequeos pueden ayudar a identificar cualquier problema de salud temprano y permitir un tratamiento oportuno.

2. Capacitación en seguridad: Los buzos deben recibir capacitación adecuada sobre cómo mantenerse seguros mientras trabajan. Esto puede incluir entrenamiento en primeros auxilios, cómo usar correctamente el equipo de buceo y cómo manejar situaciones de emergencia.
3. Equipos de protección personal: Proporcionar a los buzos el equipo de protección personal adecuado puede ayudar a prevenir lesiones. Esto puede incluir trajes de buceo de alta calidad, máscaras, aletas, reguladores y otros equipos necesarios.
4. Descanso adecuado: Los buzos deben tener suficiente tiempo para descansar y recuperarse entre inmersiones. El trabajo prolongado puede llevar a la fatiga y aumentar el riesgo de accidentes.
5. Apoyo psicológico: El buceo puede ser un trabajo estresante, por lo que los buzos pueden beneficiarse de servicios de apoyo psicológico. Esto puede incluir asesoramiento o terapia para ayudar a manejar el estrés y otras cuestiones de salud mental. Potenciando además la resiliencia que sería un factor importante para enfrentar largas jornadas laborales y la soledad que involucra el trabajo (Senbursa y Dunder, 2024).
6. Nutrición adecuada: Los buzos deben recibir una nutrición adecuada para mantener su salud y energía. Esto puede incluir proporcionar comidas saludables y garantizar que tengan suficiente agua para mantenerse hidratados.
7. Ejercicio físico regular: Mantenerse físicamente activo puede ayudar a los buzos a mantener su salud y resistencia. Esto puede incluir ejercicios de fortalecimiento muscular, cardio y flexibilidad.
8. Educación sobre riesgos laborales: Los buzos deben ser conscientes de los riesgos asociados con su trabajo, como la descompresión, la hipotermia, los peligros marinos y otros.

9. Seguimiento de la salud a largo plazo: Dado que los buzos pueden estar expuestos a condiciones que pueden tener efectos a largo plazo en su salud, es importante hacer un seguimiento de su salud a lo largo del tiempo.
10. Crear un ambiente de trabajo positivo: Un ambiente de trabajo positivo y de apoyo puede ayudar a mejorar la salud mental de los buzos y reducir el estrés.

## **Salud mental en el buceo**

La salud mental en buzos profesionales es un tema que ha ganado relevancia en los últimos años. El buceo profesional es una actividad que puede generar altos niveles de estrés y ansiedad, debido a los riesgos inherentes y las condiciones de trabajo difíciles.

Los buzos profesionales a menudo trabajan en entornos extremos y peligrosos, como aguas profundas, corrientes fuertes, visibilidad limitada y temperaturas frías. También pueden estar expuestos a largos períodos de aislamiento y confinamiento, lo que puede llevar a sentimientos de soledad y depresión.

Además, el buceo profundo puede tener efectos físicos que afectan la salud mental. Por ejemplo, la narcosis por nitrógeno, una condición que puede ocurrir durante el buceo profundo, puede causar confusión, alucinaciones y otros problemas cognitivos.

El estrés y la ansiedad también pueden ser causados por el temor a los riesgos asociados con el buceo, como la descompresión, los ataques de animales marinos y el equipo de buceo defectuoso.

Para mantener una buena salud mental, los buzos profesionales deben tener acceso a apoyo psicológico y estrategias de manejo del estrés (Véliz, *et al.*, 2022). También es importante que tengan tiempo para descansar y recuperarse entre los buceos.

Además, la formación y la preparación adecuadas pueden ayudar a los buzos a manejar el estrés y la ansiedad asociados con su trabajo. Esto incluye la formación en técnicas de respiración y relajación, así como la preparación para los posibles riesgos y peligros del buceo.

En resumen, la salud mental es un aspecto importante de la salud general de los buzos profesionales. Es crucial que se tomen medidas para proteger y promover su bienestar mental, así como su seguridad física.

## **Desafíos de la industria pesquera para la salud de los buzos profesionales**

1. **Mejora de la Seguridad:** Los buzos profesionales se enfrentan a una serie de peligros, incluyendo el riesgo de descompresión, ataques de animales marinos, y el peligro de quedar atrapados bajo el agua. La industria pesquera debe trabajar para mejorar la seguridad de los buzos, proporcionando equipos de buceo de alta calidad y capacitación adecuada, además de un entrenamiento permanente (Kovacs, 2015).
2. **Cuidado de la Salud Mental:** El buceo profesional puede ser un trabajo solitario y estresante, lo que puede llevar a problemas de salud mental. La industria pesquera necesita proporcionar apoyo psicológico a los buzos, incluyendo acceso a terapia y técnicas de manejo del estrés.
3. **Acceso a la Atención Médica:** Los buzos profesionales pueden sufrir una serie de problemas de salud relacionados con su trabajo, incluyendo problemas de oído, sinusitis y lesiones musculoesqueléticas. La industria pesquera debe garantizar que los buzos tengan acceso a atención médica de alta calidad para tratar estos problemas.
4. **Prevención de Enfermedades:** Los buzos están en riesgo de contraer una serie de enfermedades, incluyendo infecciones de oído, enfermedades de descompresión y enfermedades transmitidas por el agua. La



industria pesquera debe trabajar para prevenir estas enfermedades, proporcionando vacunas y otros tratamientos preventivos.

5. Mejora de las Condiciones de Trabajo: Muchos buzos profesionales trabajan largas horas en condiciones difíciles. La industria pesquera debe trabajar para mejorar estas condiciones, proporcionando descansos adecuados y garantizando que los buzos no estén sobrecargados de trabajo.
6. Formación Continua: La industria pesquera debe proporcionar formación continua a los buzos profesionales para garantizar que estén al día con las últimas técnicas de buceo y medidas de seguridad.
7. Protección contra la Explotación: Algunos buzos profesionales pueden ser explotados, trabajando largas horas por poco dinero. La industria pesquera debe trabajar para proteger a estos trabajadores, garantizando que reciban un salario justo y condiciones de trabajo seguras. Incluso en algunas ocasiones los propios buzos prestan servicios en diferentes empresas subcontratándose, lo que podría considerarse también un factor de riesgo, debido a que no logran disponer de los descansos adecuados.

## Conclusión

La salud integral de los buzos en la industria pesquera del sur de Chile debe ser una preocupación permanente que requiere un trabajo multidisciplinario y políticas públicas de intervención concreta y permanente. Las personas que trabajan en buceo enfrentan numerosos riesgos laborales, incluyendo enfermedades descompresivas, accidentes de buceo, y condiciones físicas adversas debido a las bajas temperaturas del agua y largas jornadas laborales. Además, los aspectos psicosociales como el estrés y la presión económica también impactan significativamente su bienestar (Lawrence, *et al.*, 2014).

Para mejorar su salud integral, es crucial implementar medidas preventivas efectivas, como capacitaciones regulares en seguridad y primeros auxilios, supervisión médica periódica, y acceso a equipos de buceo de alta calidad. Las intervenciones también deben abordar el bienestar psicológico, proporcionando apoyo y recursos para manejar el estrés y las condiciones de trabajo desafiantes (Véliz, 2020). La colaboración entre el gobierno, las empresas pesqueras y las organizaciones de salud puede promover un entorno laboral más seguro y saludable para los buzos, mejorando así su calidad de vida y su productividad en la industria pesquera.

Por lo tanto, un enfoque que aborde tanto los factores físicos como los psicosociales, subrayando la importancia de una intervención integral y colaborativa para asegurar la salud y el bienestar de los buzos en esta región es fundamental (Véliz, *et al.*, 2017).

## Bibliografía

**Buscema, Francesco., Grandi, Annalisa. y Colombo, Lara, (2023).**

*How can the seafarers do it? Qualitative research in psychosocial risks of South Italy's seafarers*IMH;74(1):54-61. DOI: 10.5603/IMH.2023.0006

**Buzzacott, P. , Schiller, D., Crain, J. y Denoble, P. J. (2018).**

Epidemiology of morbidity and mortality in US and Canadian recreational scuba diving. *Public Health*, 155, pp. 62-68<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.11.011>

**Denoble, P. J., Caruso, J. L., Dear, G. L., Pieper, C. F., Vann, R. D. (2008).**

Common causes of open-circuit recreational diving fatalities. *Undersea Hyperb Med.*, 35, pp. 393-406.

**Dujic, Z., Duplancic, D., Marinovic-Terzic, I., Bakovic, D., Ivancev, V., Valic, Z., Eterovic, D., Petry, N. M., Wisloff, U., Brubakk, A. O. (2004).**

El ejercicio aeróbico antes de bucear reduce la formación de burbujas de gas venosas en humanos. *J Physiol*; 555(3): 637-642.

**Durán, S., Rodríguez, R., Valdés, N., Rodríguez, P., Araya, F., Schifferli, F., Moretti, D., Espinosa, C., García, S., Rojas, C., Andrade, W. (2020).**

*INFORME FINAL ESTUDIO DE COHORTE" ESTUDIO OBSERVACIONAL DE BUZOS DEDICADOS A LA ACUICULTURA, 2014-2019.* Serie Documentos de Trabajo Superintendencia de Seguridad Social Santiago – Chile DOCUMENTO DE TRABAJO N° 19

**FAO. (2024).**

Fishery and Aquaculture Country Profiles. Chile, 2020. Country Profile Fact Sheets. In: *Fisheries and Aquaculture. Rome.* Updated [Cited Friday, April 19th 2024]. <https://www.fao.org/fishery/en/facp/chl>

**Infante. (2023).**

<https://www.mundoacuicola.cl/new/opinion-la-tragedia-de-los-buzos-en-la-salmonicultura-chilena/>

**Guevara-Ramírez, W.; Miranda-Salinas, S.; Díaz-Salamanca P.; Gribbell-Pizarro, J. y Saldías-Carrasset, V. (2020).**

Factores determinantes de la accidentabilidad y enfermedades profesionales de los buzos mariscadores de caletas de la Región de Coquimbo, Chile. *Rev. Salud Pública.* 22(1): 77-81.

**Jauchen, J. R. (1988).**

Effects of exercise on the incidence of decompression sickness: a review of pertinent literature and current concepts". *Int Arch Occup Environ Health;* 60(5): 313-319.

**Kovacs, C. (2015).**

A mnemonic for dealing with dive emergencies. *J Underwater Education;* 2: 52-54.

**Lawrence, G. P., Cassell, V. E, Beattie, S., et. al. (2014).**

Practice with anxiety improves performance, but only when anxious: evidence for the specificity of practice hypothesis. *Psychol Res;* 78(5): 634-650, doi: 10.1007/s00426-013-0521-9, indexed in Pubmed: 24162389.

**Pereira, R., Mesa, F., Dorner, A., Veliz, A. (2018).**

Tipología de muertes de buzos profesionales ocurridas en Chile entre los años 2000 y 2012. *Rev. Espacios;* 39(07):11-20. <https://bit.ly/3524i2h>

**Pereira Berríos, R., Véliz Burgos, A., Estay Sepúlveda, J. G., D'Armas Renault, M., Dörner Paris, A. (2019).**

Lesiones y fatalidades causadas por accidentes de buceo en Chile entre 2000 al 2012. *Journal of Sport and Health Research;* 11(Supl 2):[aprox. 9 p. ] Disponible en: <https://bibliorepositorio.unach.cl/bitstream/BibUnACh/1772/1/102-2019.pdf>

**Pollock, N. W. (2007).**

Aptitud aeróbica y buceo subacuático". *Diving Hyperb Med;* 37(3): 118-124.

**Kovacs, Christopher R. (2023).**

Scuba diving and the stress response: considerations and recommendations for professional and recreational divers. *Int Marit Health*; 74, 3: 186-191 10.5603/imh.91707 www.intmarhealth.pl

**Senbursa, Nihan y Dunder, Emre. (2024).**

Navigating the depths: exploring seafarers' psychological well-being on board, anchored by the mediating role of resilience and loneliness. *IMH*; 75(2):109-120. DOI: 10.5603/imh.98445

**Tello Montoliu, A., Olea González, A., Pujante Escudero, Á., Martínez del Villar, M., de la Guía Galipienso, F., Díaz González, L., Vivas Balcones, D. (2024).**

Consideraciones cardiovasculares para la práctica de buceo recreativo con escafandra autónoma. Documento de consenso de SEC-Asociación de Cardiología Clínica/SEC-GT Cardiología del Deporte. *Revista Española de Cardiología*. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2024.01.004>

**Véliz, A., Dörner, A. y Ripoll, M. (2017).**

Bienestar psicológico y nivel de sedentarismo de pescadores artesanales de la Región de Los Lagos, Chile. *Humanidades Médicas*, 17(2), 323-337.

**Véliz-Burgos, A. (2020).**

Salud y bienestar: un campo multidisciplinario. *Revista 100-Cs*, 6(2): 15-20.

**Véliz-Burgos, A., Casanova-Hernández, A., Huirimilla-Vargas, J., Zavalla-Ule, Á., Soto-Salcedo, A. (2022).**

Percepción de la salud mental en sectores rurales chilenos: Un estudio de caso. *Comunidad y Salud*; 20(2):51-62

# **CAPÍTULO 3.**

## **LA VIVENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TLAXCALA. DE TERRITORIOS, VIOLENCIAS Y DESIGUALDADES**

**LILIANA ESTELA RUBÍ SÁNCHEZ  
GERARDO SUÁREZ GONZÁLEZ**

### **Introducción**

**LA ENFERMEDAD RENAL** Crónica en el Estado de Tlaxcala ha alcanzado cifras alarmantes, incluso, la edad de inicio de la enfermedad se ha modificado en relación a la población de mayor prevalencia, como son los grupos etarios superiores a los cincuenta años. Una característica que se presenta en Tlaxcala, es que la edad promedio en la que inicia la ERC 5, es a los 24 años de edad, es decir, que la población joven se somete a Terapias de Sustitución Renal como tratamiento, viendo severamente afectada su calidad de vida.

La presencia de la ERC 5 (Insuficiencia Renal Crónica Terminal) en la vida de los adultos que la padecen, va trastocando el ámbito social, familiar y personal, además, de manera transaccional, afecta la economía, las actividades laborales; los tiempos de interacción familiar, la vida en pareja, la necesidad de cuidado, etc. El deterioro físico a nivel personal, va concretando en una corporeidad en apariencia vulnerable, resultado de una historia de lucha por buscar la salud o la estabilidad en esta nueva fase del padecer, que es el esta-

blecimiento de una terapia de sustitución renal, como puede ser la diálisis peritoneal ambulatoria o la hemodiálisis.

Los procesos corporales y familiares cambian en la medida que los sujetos se van adaptando al proceso de salud/enfermedad/atención (s/e/a), la reestructuración de lo familiar, lo laboral y lo social acompaña este padecer. La vulnerabilidad es una característica de los casos que se analizaron en la presente investigación. En el territorio de Tlaxcala, convergen una serie de co-determinantes sociales de la salud que impactan en este caso, en el desarrollo de la ERC hasta niveles incapacitantes, incluso mortales. Las características del territorio como un eje transversal de análisis permiten enunciar las vulnerabilidades que afectan la región y a los sujetos, que, al enfrentar una enfermedad crónica degenerativa, se ven confrontados con una realidad del sistema de salud y una realidad familiar para encontrar los recursos económicos que harán frente al padecimiento.

### *El territorio del estado de Tlaxcala. Una historia marcada por la desigualdad*

Tlaxcala, ubicado en el corazón de México, posee una historia rica y compleja que se remonta a la época prehispánica. El territorio de Tlaxcala se caracteriza por su diversidad geográfica, que va desde las tierras bajas y fértiles en el valle central hasta las elevaciones montañosas en la periferia. Esta variedad de paisajes ha influido en la distribución de la población y en las actividades económicas del estado. Mientras que las zonas bajas son propicias para la agricultura intensiva, especialmente de maíz, frijol y hortalizas, las áreas montañosas son utilizadas para la ganadería y la silvicultura, con una notable presencia de bosques de coníferas y encinos (García, 2010).

La capital del estado, Tlaxcala de Xicohténcatl, es un centro urbano importante que concentra una parte significativa de la actividad política, económica y cultural de la región. Sin embargo, también existen numerosos municipios rurales

dispersos por todo el territorio, donde prevalecen formas de vida tradicionales y una estrecha relación con la tierra y la naturaleza. A pesar de su pequeño tamaño, Tlaxcala enfrenta desafíos significativos en términos de salud, desigualdad económica y social.

Aunque la región ha experimentado un crecimiento económico en las últimas décadas, este desarrollo no se ha traducido de manera equitativa para todos los habitantes. Existen disparidades marcadas en los ingresos, el acceso a la educación y las oportunidades laborales, especialmente para las comunidades indígenas y rurales. Si bien Tlaxcala cuenta con una red de servicios de salud que incluye hospitales, centros de salud y clínicas, el acceso a estos servicios sigue siendo un desafío para muchas personas, especialmente en áreas remotas y marginadas (Otero, y Zunzunegui, 2011). La falta de infraestructura adecuada, la escasez de personal médico y la falta de recursos financieros pueden limitar la disponibilidad y calidad de la atención médica, lo que a su vez afecta la salud y el bienestar de la población (Sen, 2002).

Los hábitos de vida poco saludables, como una dieta rica en alimentos procesados y bajos niveles de actividad física, contribuyen a la alta prevalencia de enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Además, la exposición a factores ambientales nocivos, como la contaminación del aire y del agua, puede aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias y otros problemas de salud (Pérez, 2022). La cultura y las tradiciones juegan un papel importante en la vida de los tlaxcaltecos y pueden influir en su salud y bienestar. Si bien muchas prácticas culturales son valoradas y respetadas, algunas pueden tener implicaciones negativas para la salud, como el consumo excesivo de alcohol en festividades tradicionales o la resistencia al cambio en términos de hábitos alimenticios poco saludables arraigados en la cultura local (OMS – OPS, 2021).

Tlaxcala enfrenta una serie de desafíos en términos de salud pública que están estrechamente relacionados con su

contexto territorial y los determinantes sociales que afectan el bienestar de su población. Abordar estos desafíos de manera efectiva requerirá un enfoque integral que tome en cuenta las necesidades y realidades específicas de cada comunidad, promoviendo la equidad y la justicia en el acceso a la salud y el desarrollo en toda la región.

### *La Enfermedad Renal Crónica como problema de salud pública en el estado*

Entre las enfermedades que hoy son tema de preocupación en el Estado de Tlaxcala, se encuentra como una de las más preocupantes, la Enfermedad Renal Crónica (ERC). La ERC representa un problema de salud pública a nivel mundial con una prevalencia estimada de 13% en México, aún con una falta de registro importante, se han reportado prevalencias entre el 7% y el 33% (Carrillo, Pelcastre, Escudero, Durán y López, 2017). Específicamente, la prevalencia de la insuficiencia renal crónica en las juventudes de 15 a 29 años de edad, en el año de 2013 representó el 17% total de egresos hospitalarios a nivel nacional, siendo del 34.1% en las y los jóvenes de Tlaxcala (INEGI, 2016).

Según Candelaria, Gutiérrez, Acosta, Pérez, Ruiz y Labrador (2017), la ERC puede ser prevenible, para ello, se deben implementar acciones de promoción y educación para la salud con el objetivo de influir en la prevalencia e incidencia de esta, dotando de conocimiento y destrezas a individuos y comunidades para que tengan elecciones responsables en cuanto a hábitos que benefician su salud.

La ERC se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, su incidencia y prevalencia han aumentado en las últimas tres décadas, representando en nuestro país una de las principales causas de hospitalización, generando grandes costos para las familias y el sector salud (Guillén, Aristizábal, Flores y Beltrán, 2015).

La ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por una TFG  $<60$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>SC o como



la presencia de daño renal durante más de 3 meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal como albumina o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen; es una enfermedad crónica degenerativa resultante de otras patologías como son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (Dehesa, 2008).

La enfermedad renal es una condición relativamente común, en tanto, una de cada diez personas a nivel mundial la padecen. Generalmente, es asintomática y en la gran mayoría de los casos, su progreso a niveles incapacitantes, pasa inadvertido, por lo que es de vital importancia su detección temprana. La adopción de estilos de vida saludables por parte de los jóvenes, depende en gran medida del conocimiento sobre salud y enfermedad, así como de los factores de riesgo que pueden conllevar al padecimiento de determinadas enfermedades (Miranda, Martínez y Fernández, 2020).

La ERC no solo trastoca la esfera biológica del sujeto, sino que afecta otras esferas de la vida cotidiana de quien la padece. Malherio y Arruda (2012) llevaron a cabo un estudio sobre las percepciones de la calidad de vida en pacientes hemodializados. En dicha investigación, encontraron que la hemodiálisis afecta la vida cotidiana de las personas que viven con la IRC, debido a que causan limitaciones físicas, sociales, que involucran su trabajo, sus hábitos alimenticios y su cultura.

En otro estudio, Guillén, Aristizábal, Flores y Beltrán (2015), a través de entrevistas a pacientes masculinos con ERC, concluyeron que los pacientes con la patología mencionada, al recibir un diagnóstico no esperado, experimentan diversidad de sentimientos que pueden entenderse como un proceso de duelo que pasa por la ira, la negación y la aceptación. En cuanto a las redes sociales, agregan que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta un enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a los que da lugar la enfermedad. Finalmente, enfatizan la importancia de la promoción de la salud para la identificación de

síntomas tempranos, lo que sería de gran utilidad para las personas en riesgo de padecer la enfermedad.

## **Las trayectorias de atención de la ERC 5 (Insuficiencia Renal) en jóvenes y adultos del estado de Tlaxcala**

A través de la metodología cualitativa se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a diez jóvenes y adultos que viven con ERC en estadio avanzado. La técnica para contactar a los participantes fue bola de nieve, es decir, un caso fue llevando al otro por medio de la recomendación de cada entrevistado. El primer contacto fue en la *Clínica San Miguel* y de ahí se llegó a la población de San Antonio Atotonilco, paralelamente, a través del SMDIF Amaxac se logró el contacto con usuarios del servicio de traslado (los pacientes de hemodiálisis son llevados por un transporte de DIF a las sesiones de hemodiálisis en las clínicas subrogadas de hemodiálisis).

Para reconstruir las trayectorias de atención, se entrevistaron cinco hombres y cinco mujeres jóvenes de Tlaxcala, atendidos con Terapia de Sustitución Renal en la clínica del IMSS “La Loma”, la Clínica de Hemodiálisis “Esterinova”, antes Certeza y la Clínica San Miguel. El análisis de las trayectorias de atención permitió reconocer el pluralismo médico vigente en las transacciones que hacen los sujetos, las diferencias de género en la vivencia del padecer, así como reconocer a la ERC en estadio avanzado como un drama sociocultural.

Como se mencionó, participaron diez personas que viven con Enfermedad Renal Crónica y son atendidas con terapias de sustitución renal. Fueron cinco mujeres de las localidades de Santa Ana Chiautempan, Amaxac de Guerrero y San Antonio Atotonilco, entre los 28 y los 39 años de edad, que son atendidas con diálisis peritoneal manual, diálisis peritoneal con máquina y hemodiálisis en servicio público y privado, dos mujeres se encontraban desempleadas al momento de la entrevista y las otras tres, se dedicaban al comercio, dos tienen sus propios locales y una de ellas elabora tejidos y los

vende. En cuanto a los varones, ellos tenían entre los 25 y 30 años de edad al momento de la entrevista, son atendidos con máquina de diálisis peritoneal y hemodiálisis, uno de ellos se encontraba desempleado al momento de la entrevista, otro era empleado administrativo y tres más ayudantes generales.

**Tabla 1.- Usuarios de Terapias de Sustitución Renal en clínicas privadas y públicas de Tlaxcala**

Los entrevistados						
Seudónimo	Localidad	Ocupación	Edad	Tiempo con la ERC	Terapia Renal	Asistencia
Brandon	San Cosme	Empleado administrativo	27	2 años	Hemodiálisis	Privada
Yovanna	Santa Ana Chiautempan	Desempleada	26	8 años	Hemodiálisis	Privada
Ernesto	Amaxac de Guerrero	Empleado comercio	25	8 meses	Hemodiálisis	Pública
Omar	Amaxac de Guerrero	Empleado comercio	30	1.2 años	Hemodiálisis	Pública
Jaqueline	Amaxac de Guerrero	Comercio	39	13 años	Hemodiálisis	Pública
Yeni	San Antonio Atotzilco	Comerciante	33	11 años	Diálisis con máquina	Pública
Emmanuel	San Antonio Atotzilco	Desempleado	26	2 años	Diálisis con máquina	Pública
Ivanna	San Antonio Atotzilco	Comerciante	32	5 años	Diálisis Manual	Pública
Juan Carlos	San Antonio Atotzilco	Ayudante Gral	30	8 años	Hemodiálisis	Pública
Nayelli	Ixcotla	Desempleada	28	16 años	Hemodiálisis	Pública

Realización propia

Las trayectorias de atención de jóvenes y adultos jóvenes que viven con ERC y emplean Terapia de Sustitución Renal como tratamiento, enuncian el drama social de vivir con una enfermedad renal en el Estado de Tlaxcala, donde los índices de prevalencia e incidencia cada vez son más alarmantes. Como se observa en el caso de los entrevistados, la edad de inicio es en la juventud, solo en el caso de una de las mujeres entrevistadas, su edad de inicio fue en la adolescencia.

Todos los participantes refieren haber sido tomados por sorpresa al momento del diagnóstico, pareciera que su cuerpo no dio señales al empezar a enfermar de una patología tan grave como es la ERC y su avance al estadio 5. Se constata que el desarrollo de la ERC es silencioso y no da señales hasta que se encuentra en estadios avanzados —4 o 5—, donde casi invariablemente, la terapia de sustitución renal terminará siendo la opción de vida que puedan seguir quienes la padezcan. En la “sorpresa del diagnóstico” se vive la etapa de negación, como en todos los procesos de duelo (para el caso de las enfermedades crónicas también se vive) en la cual se buscan segundas opiniones médicas, incluso es muy factible que los usuarios acudan a la medicina alternativa para intentar mejorías o evitar la diálisis o hemodiálisis. Se van accionando una serie de estrategias de atención establecidas por los jóvenes y adultos con ERC, en alianza con sus familiares más cercanos.

La construcción cultural del curso de la enfermedad como experiencia denota las relaciones entre la familia, el trabajo, así como la intersubjetividad del sufrimiento experimentado y su interpretación en su cultura particular.

La enfermedad y el padecimiento deben ser entendidos solo dentro del contexto de significado y de las relaciones sociales (Kleinman en Osorio, 2001, p. 33).

En el transcurso de la patología, conforme se va avanzando en el diagnóstico, el tratamiento y la readaptación a su vida cotidiana, van ocurriendo procesos biológicos y socioculturales concatenados, relacionados con diferentes actores sociales: 1) Médicos, 2) Enfermeras, 3) Administrativos, 4) Cuidadores primarios, 5) Empleadores, 6) Pareja, principalmente.

Al cabo del tiempo, existe un desgaste físico y emocional en los participantes, los entrevistados oscilan entre los 2 y los 13 de vivir con el padecimiento, hablan de un hartazgo, aunado a complicaciones físicas que van surgiendo con el pasar del tiempo, el desgaste emocional de convivir con la ERC, se mencionan emociones de tristeza y ansiedad como parte de este proceso salud-enfermedad-atención, también hablan de

un cansancio en la forma de comer “siempre lo mismo”, “de-sabrido”; sumado al gasto económico que desde el inicio de la trayectoria impactó y a lo largo del padecer, lo sigue haciendo.

Sentimientos y emociones compartidas a lo largo de las trayectorias de atención da cuenta de los procesos s/e/a como construcciones en colectivo que parten de un mismo territorio. La narración de la experiencia vivida conlleva un vínculo colectivo, dado que la experiencia no es autónoma, sino que se conforma en la interacción en un contexto social determinado. Es por ello que hablamos de que en la experiencia singular se establece en lo colectivo (Barragán, 2011).

Los entrevistados construyen sus experiencias localmente, cada uno de ellos se encuentra muy vinculado a su comunidad, prácticamente todas sus actividades son dentro de esta, los habitantes de cada comunidad suelen ubicar a quienes padecen la ERC y tratan de estar pendientes de ellos, sobre todo en San Antonio Atotonilco y Amaxac de Guerrero, se muestra una cohesión comunitaria, quienes padecen ERC se conocen entre ellos y forman pequeñas redes por donde fluye información y algunos cuidados, entre ellos y sus familiares.

El análisis de las trayectorias de atención se hizo a través de su división por fases: 1) De la sorpresa al diagnóstico, 2) Terapias de sustitución renal, 3) Seguimiento y mantenimiento de la salud y 4) Co-determinantes transversales. Destacando una trayectoria en la que al principio puede existir pluralismo médico, es decir, los sujetos hacen interaccionar los modelos de atención como el modelo de autoatención, el alternativo y el alópata, pero conforme es necesaria la terapia de sustitución se hace más presente y único el Modelo Médico Hegemónico (MMH).

El cuerpo de quienes viven con ERC en etapa 5 se doblega a las alternativas del MMH, donde los pacientes requieren ser dóciles para preservar su salud. El apego al tratamiento requiere el seguimiento puntual de las recomendaciones elaboradas por los médicos tratantes. Poco a poco los jóvenes llegan a la negociación de llevar a cabo la hemodiálisis a cambio de poder continuar con la vida, asimismo, aceptan

la vivencia del padecer. En todo momento elaboran negociaciones con el padecimiento acerca de su vida personal, sus alimentos, su trabajo, su familia, etc.

La experiencia corporal de la ERC puede ser vista desde el modelo de Sheper-Hughes y Margaret Lock, quienes plantean el modelo de “los tres cuerpos” el cuerpo físico, el cuerpo social y el cuerpo político. La experiencia del padecimiento es el modo en que los individuos enfermos y sus integrantes de la red social cercana perciben, organizan, expresan sus sentimientos, estados de ánimo, sensaciones, cambios en la apariencia física y todos los eventos derivados del padecimiento; en el marco de las estructuras sociales que lo moldean (Sheper-Hughes y Lock, 1987).

El cuerpo físico es el registro corpóreo de la enfermedad, todos los cambios a través del tiempo desde el inicio de los síntomas, así como el impacto emocional de dichas transformaciones; el cuerpo social, relacionado con el contexto de los jóvenes y adultos, las relaciones familiares, de pareja, fraternas, etc., y el cuerpo político, relacionado con la vigilancia del cuerpo individual, es la regulación que tienen que hacer los usuarios de diálisis y hemodiálisis de sus cuerpos, ahora moldeada por la medicina y su comunidad, quienes siempre están pendientes de los alimentos que consumen y las actividades que realizan.



Figura 1: Elaboración propia “Vivencia experiencial de la ERC”, basada en el modelo de Sheper-Hughes y Lock, 1987”

En cuanto a la transversalidad del género, la construcción social de lo femenino y lo masculino aparece como una categoría fundante del modo como los sujetos en su experiencia genérica también, en los procesos de s/e/a, se ven coartados por las imposiciones sociales de los estereotipos de género. Los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres.

En casi todas las culturas existen normatividades diferenciadas para hombres y mujeres sobre los comportamientos sexuales y valoraciones diferenciadas para los comportamientos considerados como femeninos o masculinos (Szasz, 2004). El sistema sexo/género se define como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986, p. 97). Implica de manera directa las relaciones establecidas entre mujeres y hombres en las sociedades. En los cuerpos femeninos y masculinos cruzan los constructos sociales de la ideología de género, los estereotipos y todas las nociones socioculturales necesarias para reproducir los géneros, divididos en masculino y femenino (Bru, 2016).

De acuerdo al modelo de Esteban (2001), las grandes categorías a través de las cuales se explica la vivencia del género y que pueden ser empleadas para analizar la experiencia de género en un proceso s/e/a como lo es la ERC 5, son: 1) Sistema sexo-género, 2) Relaciones de poder, 3) División sexual del trabajo y 4) Organización social de las emociones y la sexualidad.

- 1) **Sistema sexo-género.** Este punto hace referencia a la construcción social de los géneros, como se explicó anteriormente, a través del proceso de socialización, hombres y mujeres aprenden las conductas, emociones, valores y creencias relativos al género por el cual fueron socializados. Para el caso de la ERC en terapia de sustitución renal, los estereotipos de género se ma-

nifiestan cuando los participantes mencionan que, en el caso de las mujeres, revelan sentirse muy afectadas en cuanto a imagen corporal, en no poder maquillar o arreglarse como antes de padecer la ERC. En cuando a los hombres, ellos manifiestan estar muy preocupados por la parte económica, porque no pueden proveer a sus familias como antes de vivir con el padecimiento lo hacían.

**2) Relaciones de poder.** Para el análisis de la ERC en estadio avanzado, las relaciones de poder están dentro de las interacciones que los informantes sostienen con los prestadores de servicios de salud, donde las transacciones se construyen desde la verticalidad y el ejercicio del saber médico. Los pacientes son despojados de una autoridad sobre su cuerpo y sus procesos, para ser atendidos, requieren ser sujetos dóciles, posicionados en la ignorancia de los procesos que en su propio cuerpo ocurren. Mantienen una posición constante de sumisión ante el sistema médico, incluso, el padecimiento los coloca en una vulnerabilidad que los expone a relaciones verticales para ser “ayudados”, “apoyados” por sus familiares, tanto económicamente como en actividades de cuidado, restándoles autonomía sobre sus cuerpos.

**3) División sexual del trabajo.** De acuerdo a los testimonios, las actividades laborales a las que van reincorporándose los entrevistados, en el caso de los varones, en primer lugar, en ellos, se los observa una reinserción más rápida a las actividades económicas que en las entrevistas de las mujeres. Además, las actividades laborales de las mujeres posterior al proceso de adaptación a la terapia de sustitución renal son elaboración y comercio de productos; mientras que la actividad económica de los varones suele ser más como ayudantes generales o trabajos administrativos. Las mujeres recurren más a una economía informal que los varones.



**4) Organización social de las emociones y la sexualidad.** En este sentido, las mujeres suelen ser más abiertas al hablar sobre emociones como ansiedad, depresión y tristeza, así como para expresarlo en su grupo doméstico. En el caso de los hombres, aunque manifiestan malestar emocional, suelen ser más sutiles al hablarlo y también, tienden a cambiarlo por actividades laborales, para no profundizar en aquello que sienten.

Con lo dicho anteriormente, el siguiente modelo intenta acercarse a la explicación de la Enfermedad Renal Crónica en el estado de Tlaxcala, desde el marco de la antropología médica y la perspectiva de género; en este caso, mirando la importante del territorio donde, con la versatilidad y extensión que tiene, algunas zonas o comunidades son más proclives a la vulnerabilidad que va permeando procesos enfermantes, asimismo, la respuesta de estas colectividades al fenómeno de la enfermedad renal, se va tejiendo entre la aproximación que se tienen en relación con las instituciones de salud.

#### Modelo Explicativo ERC5 en el estado de Tlaxcala



Figura 2: Elaboración propia, basada en el modelo de los Co-determinantes Sociales de la Salud, aplicado a la Enfermedad Renal Crónica y el Territorio de Tlaxcala.

Un proceso de s/e/a como lo es la ERC que progresa a niveles incapacitantes y/o mortales, se contextualiza desde el nivel epidemiológico a nivel internacional, nacional y en este caso, local. A nivel meso, se ha creado una política pública para la atención de la Salud Renal en el estado de Tlaxcala, con la que conviven los usuarios de las clínicas hemodiálisis, lo cual permite que accedan al servicio público, el que debe garantizar, su atención, si son habitantes del estado. A nivel micro, en el que concretan los niveles meso y macro; consistió en el análisis experiencial y la reconstrucción de las trayectorias de atención revela los cambios y necesidades individuales en conexión con las relaciones que hacen los sujetos que atraviesan por el padecer junto con su grupo familiar y comunidad.

## **Conclusiones**

La presencia de la ERC en etapa 5 en jóvenes y adultos del estado de Tlaxcala es alarmante, la incidencia y prevalencia de la ERC en estadios avanzados es más frecuente en grupos de edad más avanzada y su desarrollo suele ser asociado a otras patologías. Actualmente, se presente en población de menor grupo etario y sin comorbilidades asociadas, lo cual, exalta las alertas para atender y comprender la incidencia de la enfermedad en esas edades, así como las consecuencias en la condición y calidad de vida de quienes la padecen. En este contexto, se requiere profundizar en los elementos socioculturales que tejen la problemática, motivo por el cual, la presente investigación se centró en conocer la experiencia de quienes viven con ERC en estadio avanzado, reconstruyendo las trayectorias de atención, desde el momento en que inician con malestares hasta que son diagnosticados, atendidos y se alcanzan un estado de bienestar óptimo.

La reconstrucción de las trayectorias de atención de la ERC 5 permitió conocer de manera profunda los situaciones y emociones por las que atraviesan los usuarios de terapias de sustitución renal. La antropología médica y la perspectiva de género contribuyen a que salgan a la luz elementos sutiles

de la experiencia que se forman en las transacciones que los sujetos van haciendo en relación con el sistema de salud de su contexto. Para el caso de Tlaxcala, se mencionó que las detecciones o primera sospecha por un diagnóstico de ERC se dan en los consultorios médicos de primer nivel, se confirma con los laboratorios y se manda al especialista para el seguimiento. En este trayecto, los usuarios pueden consultar con otros sistemas de atención a la salud como son curanderos, sin embargo, al no encontrar una resolución o mejoría del problema, los usuarios regresan al Modelo Médico Hegemónico, siendo atendidos por medio de las Terapias de Sustitución Renal. El cuerpo de los entrevistados queda doblegado a la biomedicina como una opción de continuar con vida a través de la *diálisis o hemodiálisis*.

El drama social por el que transitan quienes viven en la ERC en estadio avanzado se compone de co-determinantes sociales de la salud como son la educación, economía, el territorio, edad, el género; las variables sociales cruzan de manera transversal la biología humana. Dichos co-determinantes juegan un papel importante en el desarrollo avanzado de la ERC, como es el bajo acceso a los servicios de salud, pocas medidas de prevención y cuidado de la salud.

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad compleja con múltiples factores de riesgo, y el entorno geográfico y territorial no es una excepción. Considerar al territorio como un determinante de la enfermedad es crucial para comprender y abordar de manera efectiva este problema de salud pública, lo anterior, permitiría desarrollar estrategias de prevención y tratamiento adaptadas a las necesidades específicas de cada municipio. Es importante reflexionar en el papel del territorio como un sistema de relaciones donde los actores -sujetos- y las instituciones se encuentran en interacción. Se puede afirmar que en el territorio de Tlaxcala convergen los co-determinantes sociales que agravan la vivencia del padecimiento, incluso, aceleran su prevalencia. En la relación *institución-comunidad*, el sistema de salud en relación con la colectividad municipal puede crear estrategias para la prevención y mejora de la Salud Renal.

## Bibliografía

**Barragán, A. (2011).**

El Cuerpo Experiencial en el Proceso de Salud-Enfermedad-Atención. En Barragán A. y González L. (Eds.) *La complejidad de la Antropología Física*. Tomo II. México, Investigación/PROA, pp. -491-517.

**Boisier, S. (1991).**

*Política económica, organización social y desarrollo regional*, Cuadernos del ILPES N° 29, 5ª edición, Santiago de Chile, 1991.

**Boisier, S. (1999).**

"El desarrollo territorial a partir de la construcción de capital sinérgico", en *Estudios Sociales*, N°99, C.P. U., Santiago de Chile.

**Boisier, S. (2001).**

¿De qué estamos hablando? En Madoery, Oscar y Vázquez Barquero, Antonio (eds.), *Transformaciones globales, Instituciones y Políticas de desarrollo local*. Editorial Homo Sapiens, Rosario.

**Borja, J. y Castells, M. (1997).**

*Local y Global. La gestión de las ciudades en la era de la información*, UNCHS, Santillana S.S. Taurus, Barcelona.

**Bru, G. (2016).**

Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. No. 21 (8). Argentina. pp. 37-51.

**Candelaria, J.; Gutiérrez, C.; Acosta, C.; Pérez, A.; Ruiz, F. y Labrador, O. (2017).**

Programa de educación comunitaria sobre salud nefrológica en adultos mayores con factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 33(2): 163-170. <http://scielo.sld.cu>

**Coraggio, J. L. (2011).**

*Economía social y solidaria. El trabajo antes que el capital*, Abya-Yala, Quito.

**Carrillo, M., Pelcastre, B., Salinas, G., Durán, L. y López, M. (2017).**

Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41 dic 164 doi: 10.26633/RPSP.2017.164

**Dehesa, E. (2008).**

*Enfermedad Renal Crónica; definición y clasificación*. Vol. 3 Núm. 3. Septiembre-Diciembre. Pp 73-78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083b.pdf>

**Esteban, M. (2001).**

Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis. En: Esteban, M., Comelles, J. y Diez, C. (2001) *Antropología, género, salud y atención*. Edicions bellaterra. P. 49-67.

**García, J. (2010).**

*Historia de Tlaxcala: Desde la época prehispánica hasta la conquista española*. Editorial Porrúa.

**Guillén, D., Aristizábal, G., Flores, B. y Beltrán, N. (2015).**

Anclado a una máquina: Vivencias de pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista CONAMED*, vol. 20, Suplemento 1 2015, págs. S16-S20.

**INEGI (2016).**

*Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud* (15 a 29 años). 12 de agosto" Datos de Tlaxcala.

**Malherio, P. y Arruda, D. (2012).**

Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enfermería Global*. N. 28, Octubre. PP 257-275.

**Miranda, D., Martínez, L. y Fernández, E. (2020).**

*Enfermería Nefrología*. Jul-Sep; 23 (3): 285-293.

**OMS – OPS. (2021).**

Determinantes sociales de la salud. [https://www.paho.org/109 ANALES DE MEDICINA UNIVERSITARIA Volumen 1, No.2 es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20 Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20 de%20la,condiciones%20 de%20la%20vida%20cotidiana%22](https://www.paho.org/109%20ANALESD%20DE%20MEDICINA%20UNIVERSITARIA%20Volumen%201,%20No.2%20es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22).

**Osorio, R. (2001).**

*Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Biblioteca de la medicina tradicional mexicana. INI-CIESAS-INAH, México, pp. 21-48.

**Otero Puime, Á. Y Zunzunegui, M. V. (2011).**

*Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria*. Elsevier España, S.L. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.pdf>

**Pérez, G. B. (2022).**

Determinantes sociales de la salud: Una visión general en México y Chiapas. *Revista Anales De Medicina Universitaria*, 1(02), 103-110. <https://doi.org/10.31644/AMU.V01.N02.2022.A10>

**Rohlf, I. (2010).**

El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública. En *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra. Pp. 33-45.

**Rubín, G. (1986).**

El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, vol. VIII (30), noviembre, pp. 95-145. Asociación Nueva Antropología A.C. Distrito Federal, México.

**Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987).**

The Mindful Body: A Prolegomenon to future. *Medical Anthropology Quarterly*. New series, vol. 1, 6-41.

**Sen A. (2002).**

¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panam Salud Pública*. 11:302-9.

**Szasz, I. (2004).**

El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. En: Cáceres, C; Frasca, T; Pecheny, M y Terto, V (Orgs). *Cuidadanía sexual en América Latina*. Universidad Peruana Cayetano.

**Vázquez, A. Y Rodríguez, JC. (coords.) (2020).**

Globalización y desarrollo de los territorios. *Pirámide. Economía y empresa*. España. ISBN: 978-84-368-4341-5

# **CAPÍTULO 4.**

## **ADOLESCENCIA, JUVENTUD Y CONDUCTA SUICIDA: ASPECTOS GENERALES EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO**

**ALEXIS SOTO SALCEDO**  
**ALEX VÉLIZ BURGOS**  
**MARCELA ANDRADE PÉREZ**

### **Introducción**

**LA CONDUCTA SUICIDA (CS)** en jóvenes es un fenómeno importante de estudiar debido a la complejidad propia de esta etapa, que demanda una atención especial de la familia, la sociedad y el sistema educativo en especial, debido a los cambios interaccionales que se producen con ocasión de procesos de independencia y autonomía que se van definiendo progresivamente durante estos años y que ocasionan en el propio adolescente sensaciones contradictorias respecto de su bienestar.

Lozano (2014) señala respecto de esta etapa que desde el punto de vista clínico y experimental existe una creciente preocupación por comprender de forma interdisciplinaria y multidisciplinaria lo que ocurre con el adolescente, con el objeto de ajustar políticas, planes y programas a los requerimientos y necesidades que se producen. En este caso la competencia que el joven pudiera presentar, para abordar adecuadamente este proceso y los desafíos que pudieran aparecer, requieren por un lado de una serie de recursos propios que deberían ser tanto identificados como actualizados,

además de un repertorio de estrategias que podrían surgir de la interacción de estos recursos con su contexto social, económico y político inmediato (Quintero-Jurado y Ossa-Henao, 2018).

Esto lleva a identificar esta etapa de forma compuesta, en una suerte de visión funcional-evolutiva e integracionista de difícil separación, pero con una fuerte trascendencia para el futuro de los seres humanos, y en la cual se debe invertir para garantizar el bienestar y desarrollo de quienes transitan por ella (Figueiredo *et al.*, 2019).

Por esta misma razón y asumiendo la dificultad de establecer esta distinción respecto de la edad de inicio y término de la adolescencia y/o edad juvenil, se intentará realizar una revisión de los elementos centrales de la adolescencia y adolescencia tardía o juventud para establecer los elementos centrales de una y otra fase, a objeto de poder vincular la presencia de ciertas características transversales que permiten comprender de mejor forma la relevancia de estudiar la conducta suicida.

## **La etapa adolescente-juvenil**

Señala Gallardo (2019) que en el caso de Chile, la prolongación de la adolescencia está circunscrita al acceso educacional que socialmente se ha garantizado. Es así como en el año 1920, se establece un acceso obligatorio a la escuela lo que permite que muchos niños pospongan su ingreso al mundo del trabajo, luego el año 2003, se decreta la obligatoriedad de la educación media o secundaria, permitiendo que muchas personas pudieran no solo aumentar su nivel de preparación para la vida, sino dar un tiempo más prolongado para identificar y construir un proyecto de vida.

Finalmente el año 2016 se legisla en razón de la gratuidad en educación superior ampliando la cobertura educativa y el derecho a la educación, lo que de una u otra forma prolongó la adolescencia hasta la universidad, tiempo en el que se va iniciando una nueva forma de operar más cercana al



mundo adulto. Cómo se indicó, la relación de la adolescencia con el sistema escolar ha sido fructífera, pues en la medida que se ha ido ampliando los derechos educativos e instalando en la sociedad la necesidad de educarse, se ha normalizado que jóvenes deban estudiar lo que ha permitido diferenciar con mayor claridad una etapa intermedia que funciona como tránsito entre el mundo infantil centrado en el estudio y el mundo adulto centrado en el trabajo.

Si consideramos, que en diferentes culturas se establecen ritos diferentes que grafican el paso de una edad a otra. Esto en la vida postmoderna no asegura que la vivencia interior del adolescente se transforme de manera automática en una vivencia de adultez.

El modelo de desarrollo positivo en la adolescencia hace énfasis en acompañar este proceso de tránsito a objeto de que se presente un periodo estable y saludable desarrollando ciertas competencias que van más allá de la observancia de conductas de riesgo que pudieran presentarse, en este sentido se adopta una perspectiva centrada en el bienestar, que enfatiza la identificación de entornos y condiciones saludables, ampliando el concepto de salud incluyendo habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional (Gómez y Benítez, 2019). En la figura 1 se presenta el modelo de florecimiento que presenta cinco áreas de competencia (social, cognitiva, moral, emocional y personal) necesarias de desarrollar en el adolescente.

**Figura 1. Desarrollo positivo adolescente  
(Modelo de florecimiento)**



Fuente: Oliva *et al.*, 2010

Si bien este modelo de desarrollo positivo resulta interesante al trabajar competencias en el adolescente que facilitan su proceso de tránsito y adaptación, Figueiredo et al. (2020) indica que no se puede perder de vista que al existir una influencia de múltiples niveles en el desarrollo humano el trabajo con adolescentes debe materializarse en torno al cambio sociocultural, por lo que se debe estar en vigilancia respecto de la influencia tanto de procesos individuales como de experiencias transformadoras que se dan en entornos colectivos. Este trabajo de parentalidad positiva debería ser parte de las pautas de crianza o funciones de la familia desde temprana edad, con el objeto de que en la adolescencia comiencen a evidenciarse actitudes de bienestar integral que favorezcan su desarrollo en todas las áreas.

## **Etapas evolutivas y desafíos identitarios**

Considerando la particularidad de cada proceso adolescente, se torna complejo establecer tareas esperables que sean transversales a cumplir en esta etapa, aun así Hurrelmann y Quenzel (2018), ofrecen un enfoque valioso para el análisis del desarrollo de la personalidad en la adolescencia incorporando factores internos y externos; de esta manera se reflexiona respecto a la importancia de visualizar por un lado las características físicas y psíquicas, que se van presentando en el adolescente, y por otro las expectativas sociales específicas de la edad, observando la utilización de estrategias similares a la hora de enfrentar desafíos en fases específicas de sus vidas.

Esto nos propondría un cambio importante en la comprensión de la tarea del desarrollo evolutivo, que contemplaría que una actividad se convierte en tarea, solo si el individuo la acepta como tal y la define como una meta a lograr en un tiempo determinado. Esta nueva comprensión del concepto, nos lleva a intentar establecer mecanismos de comprensión de la psicología del adolescente, que den señales respecto de nuevas necesidades del mundo juvenil que respondan a esta lógica de acciones deseables y que movilicen su conducta hacia la obtención de determinados estados.

Esta reflexión nos lleva a replantearnos, si efectivamente temas como la autonomía e independencia existen como metas deseables en la esfera adolescente, o solo se configuran como una tarea impuesta desde el mundo adulto, lo que moviliza al cientista social a buscar nuevas posibilidades de comprensión de la conducta juvenil en un escenario posmoderno.

**Figura 2. Determinantes y consecuencias para un dominio exitoso de una tarea**

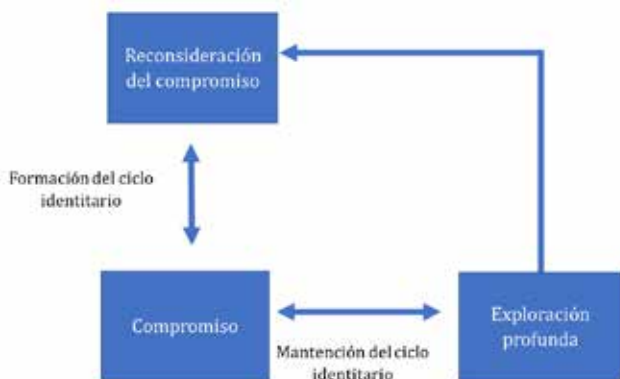


Fuente: Hurrelmann y Quenzel, 2018

La figura 2 intenta evidenciar que el abordaje exitoso de una tarea del desarrollo definida o declarada por el adolescente como tal, considerará los determinantes psíquicos y psicológicos así como los sociales y culturales, y su adecuado dominio afectará a su proceso de individuación e integración social, lo que implica que las diversas tareas de desarrollo están estrechamente conectadas y que la comprensión de esta interdependencia es indispensable para una comprensión integral de las tareas de desarrollo (Hurrelmann y Quenzel, 2018).

El modelo de identidad de tres factores (figura 3), proporciona un marco parsimonioso para desentrañar el proceso dinámico mediante el cual los jóvenes forman y revisan su identidad a lo largo del tiempo y contempla un proceso de compromiso en la formación de la identidad y una exploración profunda que va retroalimentando la construcción de la misma, a través de un flujo continuo autoajutable a través del tiempo (Crocetti, 2018).

**Figura 3. Modelo de identidad de tres factores**



Fuente: Crocetti, 2018

Esta búsqueda y experimentación con distintas conductas, estilos y grupos de pares, involucra la evaluación incluso de valores familiares lo que puede conflictuar la imagen familiar y presentar cierta rebeldía con las figuras que la representan (Gaete, 2015).

En este sentido, según presenta Albarello *et al.* (2018) es probable que la exploración profunda de los compromisos actuales desde los adolescentes, traiga consigo la búsqueda de un referente (presente en el circuito más cercano o que aparezca dentro de lo cotidiano, redes sociales, *influencers*, entre otros) que sea usado como ideal de acción y con el cuál se establezca una suerte de comparación social en el ámbito de decisiones, compromisos o conductas. Es decir, al explorar las opciones de identidad personal, los adolescentes pueden confiar en las evaluaciones y elecciones que otras personas, definidas como referentes o ideales, realicen respecto de temas de su propia vida, apareciendo un grado importante de influenciabilidad que no necesariamente es reconocido por ellos mismos, pero que tiende a ser un factor importante de decisión.

Al concepto de identidad personal se la ha acuñado también la concepción de identidad social, está última se refiere a la afiliación de adolescentes a grupos o núcleos que declaran

o se les asignan ciertos atributos comunes, lo que por un lado puede apoyar la construcción personal de sí mismo, y al mismo tiempo influir en decisiones que se toman en congruencia con el grupo de referencia más que por iniciativa propia. Un ejemplo de esto es lo planteado por Gallardo (2019) quién se refiere a ciertas categorías de grupos sociales identificadas como “*millennial*”, o “generación Y”, en donde la concepción de la categoría dificulta la reflexión y posible intervención, al aspirar a cumplir funciones explicativas que poco explican, sino más bien etiquetan una determinada forma de ser como propia de un grupo que comparte un periodo de nacimiento específico, pero que no necesariamente se auto percibe con criterios similares.

Por lo mismo si bien es tentador intentar establecer características comunes de ciertos grupos sociales por su colaboración con los procesos de identidad personal (Albarelló *et al.*, 2018), se debe tener cuidado con el uso de categorías descriptivas que diluyan las diferencias entre jóvenes de un mismo tiempo y lugar histórico.

La construcción de identidad permite configurar un patrón relacional que selecciona un estilo de funcionamiento particular que identifica al adolescente y lo diferencia de otras personas de su grupo. Esta definición del yo actúa sobre las decisiones particulares y también sobre las motivaciones o proyectos que puedan aparecer. Pfeifer y Berkman (2018) indican que el yo puede aprovecharse para la autorregulación y otras conductas motivadas al tener un mayor desarrollo y exploración de los compromisos de identidad y autonomía, e independiente de la influencia que los hitos normativos y no normativos provocan en el comportamiento adolescente generan mayor sensibilidad al contexto social, convirtiéndose en una fuente importante de valor y motivación intrínseca.

Al intentar revisar aspectos más estructurales del devenir adolescente, aparece la necesidad de conceptualizar algunos rasgos asociados a la personalidad, entendida como una organización particular de características que describen

el comportamiento y forma de pensar del individuo que se presentan de forma relativamente estable durante la vida (Zettler *et al.*, 2021). La definición de estabilidad no necesariamente implica la inexistencia de cambios o transformaciones provocadas por el ambiente, sino que obedece al reconocimiento de una perspectiva genética que está en continua interacción con este ambiente lo que es conocido como carácter (Barrios, 2018).

## **El autoconcepto y autoestima en los adolescentes**

Trabajar en autoestima requiere para el adolescente avanzar en dos ejes relevantes, el autoconocimiento y la autoconciencia (Minev *et al.*, 2018). Respecto del autoconocimiento se debe construir una base de autoobservación, que permita recoger información en forma de autoconceptos de dominio específico, además de explorar sus identidades emergentes en las distintas formas que aparecen sobre todo aquellas que fomentan la autonomía y la conexión con el entorno. La autoconciencia en cambio explora procesos metacognitivos que permiten identificar creencias y pensamientos que configuran la evaluación que se va construyendo (Pfeifer y Berkman, 2018). La autoestima entonces se alimenta de estas representaciones dando valor a los conceptos identificados asignando una valencia positiva o negativa en razón de la comparación que realiza con su grupo de pares y/o con su entorno.

## **La búsqueda de la autonomía en la etapa adolescente**

La autonomía ha sido comprendida e interpretada de forma muy diversa desde diferentes disciplinas y perspectivas (Romero *et al.*, 2020). Para la psicología evolutiva el desarrollo de la autonomía es una tarea importante que influye de manera significativa en la adaptación de los adolescentes en el contexto ambiental y puede verse afectada por la respuesta

que los propios adolescentes tienen frente a las múltiples demandas de esta etapa.

Los jóvenes cuyos padres restringen la autonomía que debiera comenzar a manifestarse de forma progresiva, producen niveles de estrés, que podrían ramificarse a otras tareas del desarrollo configurando un estado de mayor vulnerabilidad frente a nuevos desafíos e hitos normativos y no normativos del (Cook *et al.*, 2018). La autonomía debiera poder presentarse de forma natural tanto en el ámbito familiar como en los procesos educativos asociados, ya que si bien estas dos dimensiones han sido estudiadas de forma segmentada y requieren un proceso sistemático de síntesis, categorización y operativización (Romero *et al.*, 2020) son los principales espacios de seguridad en donde el adolescente puede comenzar a entrenar sus herramientas de independencia y responsabilidad.

Romero *et al.*, (2020) destacan información que versa sobre los efectos negativos de estilos parentales autoritarios o centrados en el control, frente a estilos más nutritivos y cercanos a una parentalidad positiva los que incentivan y promueven un proceso fluido de autonomía, a su vez señala la existencia de otros factores que intervendrían en procesos naturales y progresivos en que adolescentes se van transformando en individuos más autónomos y que estarían relacionados con la edad, el orden de los hijos, la influencia de la madre, las necesidades especiales o de inclusión que presentarían algunos jóvenes, sus dificultades sociales o determinados cambios en el entorno sociocultural.

Dutra-Thomé *et al.*, (2019) mencionan producto de un estudio realizado en población brasileña, que la autonomía e independencia son valores importantes para el adolescente y adulto emergente estando asociado a un desarrollo autónomo del yo; manifiesta además una correlación entre la edad y la autonomía, toda vez que participantes de mayor edad obtuvieron puntajes más altos en autonomía, esto se explica debido a que en la adolescencia la autonomía suele estar relacionada con la experimentación y prueba de límites, sin



planes a largo plazo, y en la medida que aparece la adultez emergente o juventud va asociándose a una concepción de responsabilidad y preocupación que se experimenta a lo largo de la vida.

La misma autora señala que el estudio de la autonomía ha sido abordado permanentemente por la psicología evolutiva como un objetivo importante en el mundo adolescente para un desarrollo saludable, sin embargo, nuevas investigaciones reconocen que la autonomía y la dependencia son ambas necesidades psicológicas universales centrales para un desarrollo óptimo. En este mismo sentido y aun cuando la juventud o adultez emergente sea un período reconocible del ciclo vital en las sociedades industrializadas que comparten algunas similitudes con la adolescencia, tiene algunas distinciones propias (p. ej., tomar decisiones independientes y asumir la responsabilidad de las propias acciones), características que enfatizan la importancia de la autonomía en ambos periodos del desarrollo (Dutra-Thomé *et al.*, 2019).

## **Desarrollo y expresión emocional adolescente**

Según Bailén *et al.*, (2019) existirían cuatro dimensiones importantes de considerar a la hora de acompañar la experiencia que los adolescentes viven en el área emocional, estas son la frecuencia, entendida por la cantidad de ocasiones en que la persona se ve conminada a reaccionar emocionalmente frente a un hecho del mundo interno o externo, la intensidad referida a la gradiente en que dicha expresión se manifiesta, la inestabilidad asociada a la repercusión que la emoción tiene en su mundo cotidiano y la claridad en que logra reconocer la emoción sentida y la expresión de la misma, las fluctuaciones que se producen en todos los aspectos señalados se dan con mayor reactividad en el mundo adolescente, lo que requiere una mayor atención a la forma en que es regulada por sí mismo o por su entorno inmediato (Herd *et al.*, 2022).

Dávila y León (2019) indican que esta capacidad o competencia emocional se presentan con distintos grados de es-

pecificidad y definición, y pueden ser agrupadas en modelos o dimensiones que son constitutivas de un actuar emocional inteligente.

Estas competencias estarían referidas a:

- La autoconciencia: la percepción y reconocimiento de los estados emocionales.
- La autorregulación: autocontrol emocional, adaptabilidad, y perseverancia en obtención de metas.
- Habilidades sociales: empatía, mediación de conflictos, y la utilización de las emociones en la solución de problemas y el ajuste a demandas sociales

La regulación emocional es una aliada importante para un desempeño exitoso del adolescente, respecto al buen ajuste social, alto rendimiento académico, y relaciones favorables con los coetáneos (Dávila y León, 2019).

## **La adolescencia tardía**

Tal como se intentó explicar al inicio de este capítulo, los derechos educativos y los cambios sociales del último tiempo en Chile, han permitido que los adolescentes prolonguen su dependencia filial, por lo que retrasan sus procesos de independencia y autonomía. Esta situación lleva a configurar una suerte de adolescencia tardía en la que si bien se alcanza madurez en algunas esferas de la vida, en otras permanece un pensamiento todavía inmaduro o inacabado para comenzar la adultez. Gaete (2015) señala por ejemplo que con respecto al desarrollo sexual, se espera una mayor aceptación de la imagen corporal, puesto que todo el proceso de cambios físicos ya se ha establecido. Esto permite dar inicio a una expresión de la vida sexual, de manera más confiada y segura, aumentando su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, en donde puede explorar y experimentar de acuerdo a intereses y valores que ha definido y que intenta desarrollar en conjunto con la pareja que ha escogido. En este mismo sentido la presencia de posibles embarazos

permite evaluar el panorama de este fenómeno de manera contextualizada tanto geográfica como históricamente, relacional y alejada de marcos condicionados y determinados por ideologías que tienden a prejuiciar el análisis o limitar el conocimiento de las diversas formas de ser joven, y permite operar con decisiones que son congruentes con los valores y decisiones que ha formado y que podrían estar más asociadas al mundo adulto (Parada-Rico, 2020).

Sin embargo, Muñoz *et al.*, (2018) indican que si bien la adolescencia nos mueve a poner atención a los cambios que se producen, por la velocidad e intensidad con que estos se presentan, así como la versatilidad de alternativas y oportunidades que van apareciendo, también se debe atender a que la coexistencia de dimensiones en las que se ha alcanzado la madurez y otras en las que se prolongan conflictos infantiles y adolescentes, tensiona la decisión del individuo generando mayores niveles de ansiedad.

Surgen entonces una serie de preguntas, que por un lado consideran a este adolescente como persona de derechos, con habilidades y recursos tanto internos como externos, pero también como un sujeto que debe integrarse al mundo social con responsabilidad y disciplina.

Muñoz *et al.*, (2018) presentan una serie de temas que deben ser considerados para reflexionar con mayor respecto de esta etapa, que se presentan a continuación:

- Comprensión biológica de la adolescencia como una etapa de aprendizaje, crecimiento y desarrollo.
- Caracterización y diferencias de cada una de las etapas que componen la trayectoria adolescente; pubertad, adolescencia y juventud.
- Caracterización y diferenciación de las tareas evolutivas propias de cada una de las etapas que se han diferenciado en la adolescencia.
- Identificación de activos personales y sociales con los que el adolescente enfrenta los retos de su vida cotidiana.

- Valoración social, histórica, política y económica de los diversos escenarios de interacción social en los que el adolescente recrea su cotidianidad.
- Evaluación de programas, proyectos y servicios ofertados en campos educativos, políticos y de salud.
- Representaciones sociales del personal educativo y de salud encargado de atender y acompañar el desarrollo del adolescente.

Cabe señalar que el desarrollo no llega a su fin con el término de la adolescencia y que el joven que emerge de este proceso no es un «producto acabado». Los planos del desarrollo, así como sus tareas y desafíos continúan en las siguientes etapas, y si bien el vértigo de los cambios que se presentan en esta etapa tiende a ser más tranquilo y estable, los adultos jóvenes se verán enfrentados a nuevas tareas cuyo logro dependerá en gran parte de la resolución saludable del proceso adolescente (Gaete, 2015).

## **La salud mental y conducta suicida en adolescentes**

### *Salud mental en la adolescencia*

En este sentido y considerando lo anterior se podría evaluar la salud mental del adolescente considerando un adecuado proceso de autoobservación y autoconocimiento, un abordaje fluido y asertivo de problemas y situaciones cotidianas y una adecuada inserción en el mundo estudiantil.

Ahora, para que este proceso pueda llevarse a cabo, se requiere de un medio favorable que incentive la manifestación de un escenario positivo para la salud mental. Esta perspectiva denominada “salud mental positiva” es concebida como un estado de bienestar que hace énfasis en la resolución adecuada de los temas antes expuestos y permite que el individuo se integre asertivamente en su medio identifican-

do sus aptitudes, afrontando las presiones diarias de la vida, y contribuyendo en su entorno (OMS, 2018).

La salud mental positiva se caracteriza entonces por una integración de recursos personales y psicosociales, en donde destacan conductas, actitudes y afectos con una gradiente positiva (Toribio-Pérez *et al.*, 2018), lo que permite que el adolescente vaya madurando de forma saludable, desarrollando iniciativas que puedan ir articulándose en un entramado social que favorezca el desarrollo positivo (Lyyra *et al.*, 2021). Esta salud mental positiva se podría entender entonces como una articulación virtuosa de una serie de dimensiones del existir que se actualizan cotidianamente en el diario vivir y que se van retroalimentando tanto con procesos reflexivos o de metacognición, como con el resultado que sus conductas tienen en su entorno inmediato.

**Figura 4. Dimensiones de la salud mental positiva**



Fuente: Barrera y Flores, 2015.

Las dimensiones de la salud mental positiva estarían representadas en la Figura 4 e intentan desglosar siete ámbitos en los cuáles es posible reflejar una salud mental positiva, (1) en primer lugar se presenta el bienestar cognitivo emocional, referido al optimismo o armonía integral que el adolescente

percibe en su quehacer cotidiano, (2) el dominio del entorno, se asocia a la autoconfianza y seguridad presentada para la resolución de los problemas que se presentan de manera de realizar dicho proceso con cierta autoeficacia, (3) las habilidades sociales, orientadas a la posibilidad de construir relaciones y generar vínculos afectivos satisfactorios sosteniendo un autoconcepto social positivo; (4) la empatía y sensibilidad social; considera la capacidad de comprender a las demás personas y sentir compasión, cooperación, y respeto por ellas, (5) bienestar físico entendido como un equilibrio físico, emocional y psicológico), (6) la autorreflexión, que se refiere a habilidades de introspección y autoobservación sobre los propios sentimientos, acciones y necesidades, y (7) malestar psicológico, componente cognitivo que puede reflejar la forma en que es posible distorsionar la realidad a través de percepciones de malestar físico y emocional (Barrera y Flores, 2015).

Por las características propias de los adolescentes, presentadas con anterioridad y atendiendo a la importancia de los pares en la construcción de procesos de identidad y autoestima, el desarrollo de una salud mental positiva se presenta muy vinculada a los grupos de apoyo que tienen importantes efectos protectores para la salud mental de los jóvenes (Odgers y Jensen, 2020). Estos grupos de apoyo pueden encontrarse en la esfera de lo formal (Instituciones) como en lo informal: amigos y miembros de diferentes comunidades.

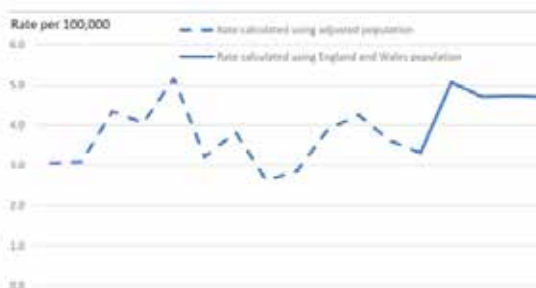
Con lo señalado es relevante intentar reflexionar respecto de la salud mental positiva en los adolescentes, a objeto de detectar conductas y factores que puedan atentar con esta y generar manifestaciones de corte afectivo o emocional que se asocian a conductas del tipo suicida u otras que vulneran el derecho a estar y sentirse bien, garantizando así, el normal desenvolvimiento del adolescente y futuro adulto (Cuenca-Robles *et al.*, 2020).

## Datos internacionales de CS en adolescentes y jóvenes

Como se ha indicado en varias ocasiones se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto, unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta (Muñoz *et al.*, 2018).

Gunnell *et al.*, (2020) realizó un estudio transversal entre los años 2000/2001 y 2016/2017 en una población de estudiantes universitarios en Inglaterra y Gales. Este estudio mostró que se produjeron 1330 muertes de estudiantes por suicidio en este periodo de tiempo; presentando una incidencia anual en 2015/16–2016/17 de 4,7 por 100 000 estudiantes. Hubo evidencia de un aumento en la incidencia desde 2009/10 (razón de tasa de incidencia por año 1,04 ((IC 95 % 1,00–1,07)  $p = 0,029$ ). La incidencia en 2012/13 a 2016/17 fue menos de la mitad de la tasa en la población general de una edad similar. La incidencia fue mayor en hombres que en mujeres y entre estudiantes universitarios frente a posgraduados.

**Figura 6 Evolución de incidencia de muerte por suicidio en estudiante universitarios de Inglaterra y Gales**



Fuente: Gunnell *et al.*, 2020.

Uchida y Uchida (2017) realizan una investigación en 8262314 estudiantes japoneses para determinar la prevalencia en un rango de 23 años de las causas de muerte en este grupo etéreo. Los resultados de este estudio indicaron que las tasas de suicidio aumentaron a lo largo del tiempo medido, y el suicidio fue la principal causa de muerte de todos los años desde 1996 en adelante; en términos porcentuales el suicidio representó el 42,4% de todas las muertes que ocurrieron en los 23 años.

Tarchi *et al.*, (2021) da cuenta de un estudio realizado en la ciudad de Pavia Italia en donde registra los casos de suicidio de universitarios de la facultad de medicina matriculados en una universidad local, y los comparó con la población general de la misma edad. Para el análisis recolectó datos del registro de suicidios desde el año 2014 y hasta el año 2019, la razón de probabilidad de suicidio en estudiantes de medicina en comparación con la población general fue de 14,58 (valor de p en la prueba de Poisson exacta  $<0,001$ ). La tasa estimada de suicidio en estudiantes universitarios excedió lo informado para la población general.

Estudios similares en estudiantes universitarios de China, indican una alta prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y trastornos de estrés post traumático, en las que una proporción considerable de estudiantes presentó ideación suicida e intentos de suicidio los que aumentaron durante el brote de COVID-19 (Hou *et al.*, 2020)

### *Datos de CS en adolescentes de Chile*

La salud mental de los adolescentes chilenos ha sido un tema que ha ido creciendo en forma exponencial durante los últimos años, lo que ha llevado a que las instituciones encargadas de la educación secundaria capaciten y formen equipos de profesionales de la esfera psicosocial para acompañar necesidades extraacadémicas que presentan los estudiantes.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Juventud de Chile (INJUV, 2019) publicado en el Programa Ob-



servatorio de Juventud, del departamento de planificación y estudios señala que el tema de la salud mental en los jóvenes debe tomarse con la seriedad y responsabilidad necesaria, ya que los datos recogidos por la novena encuesta nacional de juventud (2018) indican que el 10,4% de los jóvenes casi siempre o siempre se han sentido con pocas ganas de hacer cosas, y que el 11,5% siempre o casi siempre tienen dificultades para dormir. Respecto de lo mismo manifiestan que la atención psicológica y psiquiátrica es muy costosa (43,7%) por lo que es muy difícil para los jóvenes acceder a atenciones de salud mental, en este mismo sentido esta encuesta señala que la situación de la salud mental es aún más compleja en el mundo universitario donde muchos estudiantes están obligados a trabajar para poder costear sus estudios, debido a la inexistencia de un sistema familiar que pueda proveer de los elementos necesarios, lo que conlleva una multiplicidad de roles que no siempre pueden ocupar y que tensiona cotidianamente su diario vivir, poniendo su salud mental en segundo plano para poder cumplir con lo que la sociedad les exige (INJUV, 2019).

Ahora bien, esta misma encuesta respecto de la ideación suicida indica que el grupo de jóvenes comparado con otros grupos etarios presenta un porcentaje significativamente más alto de adolescentes entre 15 y 19 años que señala que “Siempre” o “Casi siempre” siente ganas de terminar con su vida o suicidarse (3%), lo que los ubica como un grupo prioritario en materia de atención en salud mental (Injuv, 2019).

Echávarri *et al.*, (2015) sistematiza información respecto de las tasas de suicidio adolescente entre los años 2005 y 2010, focaliza lo ocurrido en el año 2009 donde la tasa de suicidios en adolescentes de 10 a 19 años fue de 7 por 100.000 y proyecta que la tasa de suicidio siga en crecimiento hasta superar los 12 por cada 100.000 habitantes en la década del 2020.

Un estudio ecológico más reciente desarrollado por Arnedo *et al.*, (2021) en el periodo 2000 al 2017 con los datos proporcionados por los servicios de salud regionales enviados al departamento de estadística del ministerio de Salud

de Chile, indico que a nivel nacional, se registraron 6292 muertes por suicidio en el grupo poblacional de adolescentes y jóvenes (10-24 años), de las cuales 2676 corresponden al grupo poblacional de adolescentes (10-19 años) y 3616 al grupo poblacional de jóvenes (20-24 años). El número promedio de suicidios anuales en el grupo 10-24 años en el país fue de 350 muertes. Las tasas de mortalidad por suicidio para los grupos 10-24 años, 10-19 años y 20-24 años a nivel nacional fueron estimadas en 8,5; 5,4 y 14,7 por 100 000 personas, respectivamente.

Cabe hacer mención de la tasa de suicidio que se produce en el rango entre 19-24 años que alcanza el 14, 7 por cada 100000 personas, lo que supera proyecciones realizadas en años anteriores donde se proyectaban relaciones de 9 en 100000, las que han sido ampliamente superadas, y da cuenta de un fenómeno en alza que debe ser abordado desde distintas dimensiones.

## **Estrategias de trabajo con adolescentes, familias y sistema escolar**

- a. Educación sobre salud mental: Los adolescentes deben ser educados sobre la salud mental desde una edad temprana. Esto incluye aprender sobre las diferentes condiciones de salud mental, cómo reconocer los signos y síntomas, y cómo buscar ayuda.
- b. Asesoramiento en la escuela: Las escuelas deben tener asesores capacitados en salud mental disponibles para los estudiantes. Estos profesionales pueden proporcionar apoyo y recursos para los adolescentes que luchan con problemas de salud mental.
- c. Programas de prevención: Los programas de prevención pueden ser efectivos para educar a los adolescentes sobre los riesgos de la salud mental y cómo prevenir problemas de salud mental. Esto podría incluir programas de prevención de suicidio y abuso de sustancias.

- d. Apoyo de los padres: Los padres deben estar involucrados en la salud mental de sus hijos. Esto puede incluir hablar abiertamente sobre la salud mental, estar atentos a los signos de problemas de salud mental y buscar ayuda cuando sea necesario.
- e. Grupos de apoyo: Los grupos de apoyo pueden proporcionar un espacio seguro para que los adolescentes hablen sobre sus problemas de salud mental. Estos grupos pueden ser dirigidos por profesionales de la salud mental o pueden ser grupos de pares.
- f. Acceso a la atención de salud mental: Los adolescentes deben tener acceso a servicios de salud mental de calidad. Esto puede incluir terapia, medicación y otros tratamientos.
- g. Reducción del estigma: La sociedad en general debe trabajar para reducir el estigma asociado con la salud mental. Esto puede hacer que los adolescentes se sientan más cómodos al buscar ayuda.
- h. Actividades de mindfulness y relajación: Enseñar a las adolescentes técnicas de mindfulness y relajación puede ayudarles a manejar el estrés y mejorar su salud mental.
- i. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: Los adolescentes pueden beneficiarse de aprender habilidades de afrontamiento para manejar el estrés y los desafíos de la vida.
- j. Intervenciones tempranas: Identificar y tratar los problemas de salud mental en una etapa temprana puede mejorar el pronóstico a largo plazo para los adolescentes.

## Conclusiones

La adolescencia, adolescencia tardía y adultez joven es una macro etapa del desarrollo humano que concentra una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social, que lleva al individuo a estar demandado continuamente por el con-

texto. Para alcanzar los parámetros sociales que se esperan, el joven debe superar los procesos básicos de individuación, conformación de identidad, y autonomía, así como también el desarrollo óptimo de procesos de auto observación que facilitan la definición del autoconcepto y la posterior valoración y aceptación de sus características personales. Lo anterior permitirá sostener una autoestima que apoye los procesos de socialización y construcción de relaciones con pares y compañeros.

La alta demanda psicosocial que presenta esta etapa eleva los niveles de estrés que afectan la vida psíquica y, en ocasiones, pueden ocasionar problemas de salud mental que deriven hacia una conducta suicida. Datos internacionales y nacionales dan cuenta de cómo los casos de suicidio han ido en aumento en la población de estudio y de cómo existe una importante influencia de factores de riesgo en la presentación de dicha conducta. La observancia de situaciones de estrés y alta carga emocional que viven los universitarios, desafía a la sociedad y a los estados a proponer acciones efectivas de prevención de la CS (Véliz-Burgos y Dörner, 2019).

Por esta razón, los jóvenes se presentan como prioridad en las políticas de promoción y prevención en salud mental, a objeto de poder garantizar su desarrollo y bienestar, a través de las distintas comunidades donde emergen, ya sea a partir de la participación en actividades académicas, artísticas, recreativas, deportivas, ocupacionales, vocacionales, de servicio y religiosas, que no se ofrecen como acciones terapéuticas de manera explícita, sino que se articulan como iniciativas basadas en una comunidad que opera como un escenario privilegiado de intervención en promoción de la salud mental (Quintero-Jurado & Ossa-Henao, 2018).

## Bibliografía

**Albarello, F., Crocetti, E., & Rubini, M. (2018).**

I and us: A longitudinal study on the interplay of personal and social identity in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 47(4), 689-702.

**Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., & Sanhueza, A. (2021).**

Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. 3-9 <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>

**Bailén, N. H., Green, L. M. y Thompson, R. J. (2019).**

Comprender la emoción en los adolescentes: una revisión de la frecuencia, intensidad, inestabilidad y claridad emocional. *Revisión de emociones*, 11 (1), 63-73.

**Barrera, M. & Flores, M. (2015).**

Construcción de una escala de salud mental para adultos en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1 (39), 22-33.

**Barrios, L. (2018).**

Teorías criminológicas sobre la delincuencia juvenil. *Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones*, (11), 27-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6605343>

**Cook, E. C., Wilkinson, K., & Stroud, L. R. (2018).**

The role of stress response in the association between autonomy and adjustment in adolescents. *Physiology & behavior*, 189, 40-49.

**Crocetti, E. (2018).**

Identity dynamics in adolescence: Processes, antecedents, and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(1), 11-23.

**Dávila, Z. B., & León, A. C. A. (2019).**

Las demandas emocionales de los adolescentes.¿ Qué podemos hacer? *Voces de la Educación* 2019. (hal-02511694)

**Dutra-Thomé, Luciana, Marques, Louise Florêncio, Seidl-de-Moura, Maria Lucia, Ramos, Dandara de Oliveira, & Koller, Silvia. (2019).**

Autonomy Development: Gender and Age Differences from Adolescence to Emerging Adulthood. *Acta de investigación psicológica*, 9(2), 14-24. Epub 22 de noviembre de 2019.<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.2.259>

**Echávarri, O.; Maino, M.; Fischman, R.; Morales, S.; Barros, J. (2015).**

Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Centro de Políticas Públicas UC- Temas de la Agenda Pública Año 10 / No 79*

**Figueiredo, G. D. O., Weihmüller, V. C., & Orrillo, Y. A. D. (2019).**

Resultados de proyectos socioeducativos en el desarrollo humano de los jóvenes. *Educação & Realidade*, 44.

**Gaete V. (2015).**

Desarrollo psicosocial del adolescente [Adolescent psychosocial development]. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

**Gallardo, G. (2019).**

Educación Superior y Salud Mental Juvenil: Perspectiva relacional. *Revista RT-Instituto Nacional de la Juventud*. Gobierno de Chile, 8

**Gómez, D., y Benítez, I. (2019).**

Activos del Desarrollo y Desarrollo Positivo Juvenil en una *Muestra de Jóvenes Españoles*. Universidad de Huelva. Available online at: <http://hdl.handle.net/10272/16502>

**Gunnell, D., Caul, S., Appleby, L., John, A., & Hawton, K. (2020).**

The incidence of suicide in University students in England and Wales 2000/2001-2016/2017: *Record linkage study. Journal of affective disorders*, 261, 113-120.

**Herd, T., Brieant, A., King-Casas, B., & Kim-Spoon, J. (2022).**

Associations between developmental patterns of negative parenting and emotion regulation development across adolescence. *Emotion*, 22(2), 270.

**Hou, T. Y., Mao, X. F., Dong, W., Cai, W. P. , & Deng, G. H. (2020).**

Prevalence of and factors associated with mental health problems and suicidality among senior high school students in rural China during the COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102305. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102305>

**Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2018).**

*Developmental tasks in adolescence*. Routledge.

**INJUV. (2019).**

La salud mental de los jóvenes en Chile: claves y perspectivas para abordar la problemática. *Revista RT-Instituto Nacional de la Juventud*. Gobierno de Chile, 8

**Lozano Vicente, Agustín. (2014).**

*Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. Última década*, 22(40), 11-36.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>

**Lyrra, N., Thorsteinsson, E. B., Eriksson, C., Madsen, K. R., Tolvanen, A., Löfstedt, P., & Välimaa, R. (2021).**

The association between loneliness, mental well-being, and self-esteem among adolescents in four Nordic countries. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7405.

**Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M., & Strebkova, R. (2018).**

Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, 16(2), 114-118.

**Muñoz, C. O., Arango, D. C., Jaramillo, V., & Ochoa, D. A. R. (2018).**

Tres contextos para pensar la promoción de la salud mental en la adolescencia. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (25), 161.

**Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020).**

Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 336-348.

**Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018).**

*Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

**Parada-Rico, D. A. (2020).**

Embarazo en condición juvenil: contexto histórico en Colombia y trayectoria en ciudad fronteriza. *Duazary*, 17(3), 86-100. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3316>

**Pfeifer, J. H., & Berkman, E. T. (2018).**

The development of self and identity in adolescence: Neural evidence and implications for a value-based choice perspective on motivated behavior. *Child development perspectives*, 12(3), 158-164.

**Quintero-Jurado, J., & Ossa-Henao, Y. (2018).**

Agrupaciones comunitarias juveniles: promoción de la salud mental y desarrollo de capacidades. *Trends in Psychology*, 26, 1605-1618.

**Romero, T. B., Estefanía, M. M., Charry, C. L., & Martínez, R. M. G. (2020).**

La influencia de la familia y la educación en la autonomía de los jóvenes: una revisión sistemática. Bordón. *Revista de pedagogía*, 72(2), 29-44.

**Tarchi L, Moretti M, Osculati AMM, Politi P, Damiani S. (2021).**

El riesgo hipocrático: epidemiología del suicidio en una muestra de estudiantes de medicina. *El psiquiátrico trimestral*. 92(2):715-720. DOI: 10.1007/s11126-020-09844-0. PMID: 32895751; IDPM: PMC8110500.

**Toribio-Pérez, L., González-Arratia López-Fuentes, N. I., Oudhof Van Barneveld, H., & Gil Lacruz, M. (2018).**

Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(2), 131-143.

**Uchida, C., & Uchida, M. (2017).**

Characteristics and risk factors for suicide and deaths among college students: A 23-year serial prevalence study of data from 8.2 million Japanese college students. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(4), 2512. <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/suicide/characteristics-and-risk-factors-for-college-suicide/>

**Véliz-Burgos A, Dörner-Paris A (2019).**

Reflexiones respecto al bienestar psicológico y salud mental en estudiantes de primer año de una Universidad Estatal. *Revista Ciencias de la Documentación*; 5(1): 63-71. Disponible en: <http://www.cienciasdeladocumentacion.cl/index.php/csd/doc/article/view/12>.

**Zettler, I., Moshagen, M., & Hilbig, B. E. (2021).**

Stability and change: The dark factor of personality shapes dark traits. *Social Psychological and Personality Science*, 12(6), 974-983.



# **CAPÍTULO 5.**

## **ASPECTOS DA SAÚDE BUCAL, DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM TERRITÓRIO DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS, SERGIPE, BRASIL**

**SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES  
CRISTIANE COSTA DA CUNHA OLIVEIRA**

### **Introdução**

**A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL** de Saúde (OMS) informou que as doenças não transmissíveis, os transtornos mentais, a AIDS e a tuberculose representaram em conjunto 54% de todas as doenças em todo o mundo em 2001 e ultrapassarão 65% em 2020, afetando em maior magnitude os pobres. A existência de uma relação de interdependência entre pobreza econômica e doença crônica pode ser pelo fato de que ser saudável tem um custo financeiro com alimentos, cuidados de saúde e saneamento básico. Desse modo, os mais desfavorecidos economicamente são afetados em maior número e com mais severidade (OMS, 2003).

No ano de 2015, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) foram responsáveis por 70% de todas as mortes no mundo com números regionais variando de 37% em países de baixa renda para 88% em países de alta renda. O aumento das DCNT se deve em função do crescimento dos quatro

principais fatores de risco: tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis (WHO, 2017).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, estimou que, no Brasil, 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas. As mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (5,4%). Em relação a diagnóstico de hipertensão arterial, a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram esse diagnóstico foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas (Brasil, 2013).

Os resultados da PNS apontaram que o consumo excessivo do sal está relacionado ao aumento no risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e doenças renais, entre outras. Na Pesquisa Nacional de Saúde se analisou ainda a percepção da ingestão de sal por parte das pessoas, e foi concluído que o consumo do sal era alto ou muito alto entre 14,2% delas. O percentual de mulheres (12,5%) que consideraram seu consumo alto ou muito alto foi menor do que entre os homens (16,1%) (Brasil, 2013).

Schwab *et al.* (2014) demonstraram que a OMS tem trabalhado no combate às doenças crônicas em nível mundial, por meio de diversas políticas de saúde que trouxeram muitos benefícios a milhões de pessoas. No entanto, o papel da saúde bucal vem sendo negligenciado como partícipe em políticas de saúde destinadas a combater as doenças crônicas, particularmente as doenças cardiovasculares e diabetes, que são as que mais ganham atenção nos programas de saúde. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus apresentaram alta prevalência e mortalidade, e entre os fatores associados a essas doenças encontra-se a doença periodontal que está relacionada à presença e evolução do diabetes e das doenças cardiovasculares (Lopes & Cabrera, 2010). Nesse mesmo contexto, Kim *et al.* (2010) evidenciaram que o edentulismo,

índice periodontal e índice de sangramento papilar estavam significativamente relacionados à duração do diabetes.

Uma revisão de literatura abrangente sobre a carga global das principais doenças bucais e seus vínculos com doenças sistêmicas incluindo doenças não transmissíveis (DNT), foi realizado por Jin et al. (2016), apontando que as doenças bucais têm impactos socioeconômicos significativos, mas são frequentemente negligenciadas na política de saúde pública, apontando que doenças orais e doenças não transmissíveis estão interligadas e compartilham fatores de risco comuns (excesso de consumo de açúcar e uso do tabaco) e infecção subjacente /vias inflamatórias Nasseh et al.. Da mesma forma, Ruospo *et al.* (2014) observaram que existe associação entre doença crônica renal e as condições de saúde bucal. Dentro desse contexto, Ruospo et al. (2014) concluíram que profissionais de saúde bucal podem exercer um papel importante na detecção de doenças crônicas na população dos EUA e que a prevenção e as atividades de monitoramento a longo prazo poderiam se traduzir em economia de recursos públicos e em maiores benefícios para a saúde.

Estudos têm apontado que existe associação entre piores índices de saúde bucal e o de doenças crônicas não transmissíveis em grupos que se encontram em estado de vulnerabilidade, seja por etnia ou por desfavorecimento socioeconômico (Silva, Machado y Ferreira, 2015; Alves Filho, Santos y Vettore, 2013; Santos y Paes, 2014). Os resultados do estudo de Guiotoku *et al.* (2012) evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil em todos os indicadores analisados (cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese), com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos.

Por certo, houve avanços sociais e econômicos obtidos na qualidade de vida neste século, a população quilombola ainda é considerada um grupo que vive em situação de vulnerabilidade socioeconômica e de saúde. A população com ascendência negra, com os piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) sofre com a saúde de maneira geral, inclusive com

doenças genéticas, a exemplo da anemia falciforme, já identificada nas comunidades quilombolas de Sergipe (De Assis, 2015; Meneses *et al.*, 2015). As doenças crônicas não transmissíveis podem estar presentes nas comunidades quilombolas em Sergipe, devido à entrada de produtos industrializados nesses territórios e à adoção de modos de vida contemporâneos (Figueiredo et al., 2011, Souza *et al.*, 2013, Carvalho; Oliveira y Silva, 2014).

Neste contexto, este estudo tem o objetivo de analisar a relação entre doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus, colesterol elevado, doenças cardíacas, dor crônica na coluna vertebral, Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), depressão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), câncer, insuficiência renal crônica) e os índices médios de cárie dental, bem como seus componentes, cariados, perdidos e obturados.

## **Métodos**

### *Tipo de pesquisa*

Trata-se de estudo transversal multimétodo com abordagem quantitativa no período de março de 2016 a setembro de 2017 com entrevistas e levantamento epidemiológico da cárie dentária através de exames clínicos.

### *População de estudo*

A população do estudo foi composta pelas comunidades quilombolas dos seguintes povoados dos municípios de Sergipe: Maloca (Aracaju), Pontal da Barra (Pirambu), Patioba (Japaratuba) e Mussuca (Laranjeiras). Sergipe possui 75 municípios, dentre eles 27 possuem comunidades remanescentes de quilombos. Até 07/03/2016 haviam sido certificadas em Sergipe 29 comunidades quilombolas.

## Amostra

A amostra foi estratificada por comunidades quilombolas a partir de dados coletados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária de Sergipe (INCRA) sobre o número de famílias cadastradas em cada comunidade (Quadro 1). O cálculo da amostra segue descrito na Equação (1), do tipo aleatória. Foram calculados Intervalos de Confiança (IC) a 95% para todas as estimativas, tendo como parâmetros erro amostral de 0,05. A amostra calculada mínima foi de 284 famílias e foram acrescidos 5%.

Quadro 1. Cálculo do tamanho amostral por comunidade quilombola, 2016			
Comunidade Quilombola	Famílias Cadastradas		Amostra
	nº	%	N
Maloca	91	9	25
Pontal da Barra	143	14,6	43
Patioba	191	19,6	57
Mussuca	548	56,3	159
Total	973	100,0	284

## Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo um indivíduo de 12 anos de cada família, indivíduos de 15 a 19 anos, e todos os adultos a partir de 20 anos, de ambos os gêneros, das populações quilombolas selecionadas por conveniência entre os anos 2016 e 2017 nos municípios referidos entre a população do estudo. As comunidades quilombolas sergipanas selecionadas foram Mussuca, em Laranjeiras; Patioba, em Japaratuba; Pontal da Barra, em Pirambu e Maloca, em Aracaju.

## *Critérios exclusão*

Foram excluídos os hospitalizados e os portadores de alguma deficiência incapacitante.

## **Procedimentos da pesquisa**

Foi realizado levantamento epidemiológico por meio de exame clínico bucal para investigar as condições de cárie dentária na dentição permanente, por meio do Índice de CPO-D (Número de dentes cariados, perdidos e restaurados). Utilizou-se uma ficha clínica individual dos participantes como instrumento para coleta dos dados. Nos exames clínicos odontológicos foram discutidos os critérios de diagnóstico e a metodologia do levantamento por equipe devidamente calibrada, utilizando-se de ferramentas preconizadas pela OMS (1999): espátula (para auxílio de visualização do palato mole, unidades dentárias, funcionalidade lingual), luvas (para inspeção intraoral). Os critérios de diagnóstico foram aqueles do Projeto SB-2010 (Brasil, 2009).

O exame bucal foi realizado em local amplo e com iluminação natural, com o indivíduo sentado e com a cabeça apoiada para trás, ficando o examinador posicionado em pé, em frente ao voluntário da pesquisa. Foram utilizados materiais esterilizados compostos por espelhos bucais planos, pinças clínicas, além de espátulas de madeira e de uma lanterna média.

## *Análise dos Dados*

A análise estatística foi realizada por meio de frequências relativas e absolutas das características sociodemográficas, prevalência das doenças crônicas não transmissíveis relatadas pelos sujeitos da amostra e cálculo das médias dos componentes e médias do índice de cárie dentária, CPO-D. Posteriormente, seguiu-se a análise de comparação dessas médias (CPO-D) com os aspectos sociodemográficos e econômicos e doenças crônicas não transmissíveis, por meio dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com nível de significância

de 5%. Foi realizado teste de correlação de Spearman para verificar se existia correlação entre a média de CPO-D e seus componentes em relação à idade.

### *Aspectos éticos*

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética com o parecer nº 1.685.357, que versa sobre perfil epidemiológico das doenças e agravos nas comunidades quilombolas sergipanas e do parecer nº 2.093545, que aborda os fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e doenças bucais e impacto na qualidade de vida nas comunidades quilombolas. A pesquisa segue os princípios éticos da resolução 466/12.

## **Resultados**

Participaram deste estudo 179 indivíduos, 61(34,1%) do sexo masculino e 118 (76.9%) do sexo feminino, com maioria de 91 (53,85%) que se autodeclararam pretos, seguidos dos pardos 67(39,64%).

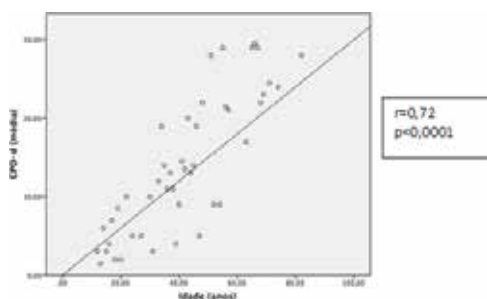
O CPO-D da população estudada obteve média 9,54 (Tabela 1). A média do CPO-D é significativamente maior para o sexo feminino ( $p=0,005$ ). O componente que apresentou maior média foi o extraído (5,17), seguido do componente cariado (3,08), Tabela 1.

<b>Tabela 1 – Análise descritiva dos componentes C, P e O e do índice CPO-D de Cárie Dentária. Sergipe, 2016-2017</b>					
<b>Componentes e índice</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Componente Cariado	179	0	20	3,08	3,51
Componente Perdido	179	0	28	5,17	8,00
Componente Obturado	179	0	14	1,51	2,63
Índice CPO-d	179	0	32	9,54	8,72

A população total analisada, majoritariamente, se autodeclarou preta (53,85%), seguida da população parda (39,64%). A participação na pesquisa foi predominantemente feminina (65,9%), apresentando como grau de escolaridade o ensino fundamental completo (59,2%), seguido do ensino médio completo (19%) (Tabela 2).

A média do índice CPO-D esteve correlacionado diretamente com a idade ( $r = 0,72$ ;  $p < 0,0001$ ). (Figura 3)

**Figura 3. Correlação da média do índice CPO-D com a idade dos indivíduos; comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017**



Quando analisado o CPO-d, verifica-se que a faixa etária com maior índice foi a de mais de 60 anos (24,56) seguida da faixa de 30 a 59 anos (14,5). O componente P (perdido/extraído) foi o que mais contribuiu para a elevação do índice (Tabela 2).

A faixa etária de menos de 15 anos apresentou o menor valor de CPO-D (3,26) seguida da faixa etária de 15 a 19 anos que apresentou maior predominância do componente cariado. Nas faixas etárias de 15 a 59 anos e de maiores de 60 anos houve maior prevalência do componente perdido (Tabela 2).

Em relação ao grau de escolaridade, observou-se que 12,5 % se declararam analfabetos, 59,2 % tendo cursado o ensino fundamental, 19% o ensino médio e 2,2% cursaram o ensino superior (Tabela 2).

A renda familiar apresentada, em sua grande maioria, foi de até um salário mínimo (72,79%) com CPO-D de 11,88,



seguido dos que declararam não possuir renda (16,18%), CPO-D=9,19 e dos que possuem renda de mais de 2 salários mínimos (11,03%) que apresentaram o menor CPO-D (6,2) (Tabela 2). As diferenças foram detectadas após o teste Post hoc entre a faixa que ganha até um salário e a faixa de mais de 2 salários mínimos.

Os índices de CPO-D foram significativamente mais elevados em quilombolas com hipertensão arterial ( $p<0,001$ ), hipercolesterolemia ( $p<0,002$ ), artrite/reumatismo ( $p<0,001$ ), doenças cardíacas ( $p<0,052$ ) e depressão ( $p<0,029$ ), conforme tabela 3.

Analisando os índices de maneira individualizada, pôde-se perceber que o único indicador que apresentou aumento significativo foi o de dentes perdidos (Tabela 3) não havendo diferenças quanto aos dentes cariados e restaurados.

Quando se analisou o CPO-D da população que relatou diagnóstico médico de diabetes, percebeu-se que o índice médio de CPO-D não apresentou diferença significativa quanto àqueles que não relataram possuir Diabetes ( $p=0,141$ ) (Tabela 3).

Foi observada uma prevalência de 7,09% do Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) com índice CPO-D de 14,33 e de 9,91 nos sujeitos que relataram não possuir DORT (Tabela 3).

A maioria dos participantes não apresentava dor na coluna (77,20%). Entretanto, aproximadamente um quarto dos indivíduos (22,8%) que relataram dor crônica na coluna vertebral apresentava média de CPO-D de 15,05, considerada alta prevalência de cárie dentária (Tabela 3).

A maioria das pessoas pesquisadas não relatou diagnóstico anterior de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (98,73%), bem como insuficiência renal crônica (99,50) e não houve relato de câncer nas comunidades quilombolas pesquisadas (Tabela 3), não sendo possível realizar testes comparativos com a média de cárie dentária.

**Tabela 2- Comparação de médias dos componentes e do índice de cárie dentária de acordo com as variáveis sócio-demográficas e econômicas, comunidades quilombolas de Sergipe 2016-2017**

Variável	n (%)	Componente C		Componente P		Componente Q		Média (DP) Componente C
		Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	
<b>Sexo*</b>								
Masculino	61 (34,10)	2,45(3,40)	0,045	3,85(7,08)	0,044	0,98(2,37)	0,095	7,41(1,02)
Feminino	118(65,90)	3,39(3,52)		5,84(8,37)		1,77(2,72)		10,71(0,82)
<b>Idade</b>								
< 15 anos	56(31,30)	2,46(2,50)		0,48(1,15)		0,46(1,04)		3,26(3,31)
15-29 anos	49(27,40)	3,24(3,89)		0,91(2,00)		1,77(2,55)		5,93(5,50)
30-59 anos	58(32,40)	2,53(3,67)	0,600	8,63(7,27)	<0,001	2,68(3,44)	<0,001	14,50(7,12)
> 60 anos	16(8,90)	3,06(4,55)		22,00(7,11)		0,06(0,25)		24,55(6,86)
<b>Cor**</b>								
Branca	6(3,55)	1,00(1,54)		0,00(0,00)		0,33(0,81)		1,33(2,33)
Parda	67(39,64)	2,35(2,55)		5,52(8,61)		1,47(2,78)		9,16(8,90)
Preta	91(53,85)	3,73(4,15)	0,087	5,94(8,25)	0,02	1,72(2,73)	0,128	11,10(8,99)
Amarêla	5(2,96)	2,20(2,85)		3,60(8,04)		0,00(0,00)		5,80(8,42)
<b>Renda**</b>								
Sem renda	22(16,18)	2,47(2,01)		4,38(6,07)		2,57(2,92)		9,19(6,75)
Até 1 salário mínimo	99(72,79)	3,55(4,17)	0,363	7,32(9,18)	0,05	1,26(2,49)	0,010	11,83(9,52)
Maior que 2 salários mínimos	15(11,03)	2,00(2,64)		1,46(2,13)		2,73(3,61)		6,20(4,70)
<b>Grau de escolaridade**</b>								
Não alfabetizado	23(12,5)	3,95(4,87)		14,43(11,93)		0,69(2,93)		18,69(10,95)
Fundamental	109(59,2)	2,93(3,20)	0,600	3,27(6,24)	0,047	1,06(1,94)	<0,001	7,05(7,55)
Médio	35(19,0)	2,77(3,27)		4,14(5,42)		3,08(3,32)		9,97(6,78)
Superior	4(2,2)	1,25(0,95)		2,75(2,62)		6,00(2,94)		10,00(1,63)

\*Mann-Whitney\*\*Teste Kruskal-Wallis

Os resultados dos testes Pos-hoc Turkey apontaram que não houve relação significativa no componenteariado (C) entre as variáveis deste componente.

Em relação ao componente perdido (P) houve diferenças significativas da faixa etária “<15 anos” em relação à faixa de “30-59 anos” (<0,001) e “>60 anos” (<0,001); “15-29 anos” em relação a 30-59 anos” (<0,001) e “>60 anos” (<0,001); “30-59 anos” em relação a “>60 anos” (<0,001). Também foram significativas as diferenças da cor “branca” em relação à “parda” (<0,001) e à “preta” (<0,001), e a da “não alfabetização” em relação a “fundamental” (<0,001), a “médio” (<0,001) e a “superior” (0,003). Quanto ao componente obturado (O), houve diferenças significativas entre a faixa etária “<15 anos” em relação a “15-29 anos” (0,007) e “30-59 anos” (<0,001); “15-29 anos em relação a “30-59 anos” (0,016); “30-59 anos” em relação a “>60 anos” (<0,001). Também foi significativa a diferença do “sem renda” em relação a “até 1 salário mínimo” (0,047), e a diferença da “não alfabetização” em relação a “médio” (<0,001) e a “superior” (<0,001); “fundamental” em relação a “médio” (<0,001) e a “superior” (<0,001).

No tocante ao índice CPO-D as diferenças foram significativas quando se compararam as faixas etárias “<15 anos” em relação a “15-29 anos” (0,013), “30-59 anos” (<0,001) e “>60 anos” (<0,001); “15-29 anos em relação a “30-59 anos” (<0,001) e “>60 anos” (<0,001). Além disso, houve diferença da cor “branca” em relação à “parda” (0,039) e à “preta” (0,009); e da variável “não alfabetização” em relação a “fundamental” (<0,001), a “médio” (<0,001) e a “superior” (0,043).

**Tabela 3 – Prevalências de Doenças Crônicas não Transmissíveis e Componentes C, P, O, índice CPO-D de acordo com a ocorrência de DCNT, Sergipe, 2016-2017**

Variável	n (%)	Componente C		Componente P		Componente O		Média (DP) Componente C	Média (DP) Componente P	Média (DP) Componente O	Média (DP) Componente C
		Média (DP)	p-valor*	Média (DP)	p-valor*	Média (DP)	p-valor*				
<b>Hipertensão arterial</b>											
Sim	40 (23,26)	2,62 (2,46)	0,775	10,83 (10,53)	<0,001	1,59 (2,46)		15,05 (9,76)			
Não	132 (76,74)	3,23 (3,75)		3,90 (6,69)		1,49 (2,74)	0,437	8,33 (8,03)			
<b>Diabetes</b>											
Sim	47 (27,49)	2,70 (2,91)	0,478	5,19 (9,21)	0,158	1,61 (2,68)		8,89 (9,80)			
Não	124 (72,51)	3,30 (3,75)		5,20 (7,43)		1,55 (2,71)	0,768	9,99 (8,29)			
<b>Coolesterol alto</b>											
Sim	24 (14,37)	2,78 (3,94)	0,373	11,86 (10,43)	<0,001	1,52 (2,35)	0,841	16,17 (10,43)			
Não	143 (85,63)	3,21 (3,45)		4,42 (7,25)		1,63 (2,76)		9,00 (7,94)			
<b>Artrite ou reumatismo</b>											
Sim	9 (5,39)	2,33 (2,35)	0,617	19,88 (9,15)	<0,001	1,11 (2,61)	0,603	23,33 (6,96)			
Não	158 (94,61)	3,21 (3,55)		4,54 (7,29)		1,54 (2,62)		9,08 (8,25)			
<b>Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho</b>											
Sim	12 (7,89)	2,15 (2,16)	0,428	10,33 (9,37)	0,05	1,83 (3,09)	0,77	14,33 (8,60)			
Não	140 (92,11)	3,21 (3,44)		5,38 (8,26)		1,57 (2,75)		9,91 (8,90)			
<b>Depressão</b>											
Sim	13 (7,78)	1,84 (2,30)	0,159	10,61 (8,60)	0,007	2,92 (4,48)	0,357	14,34 (8,52)			
Não	154 (92,22)	3,20 (3,60)		4,94 (8,03)		1,44 (2,46)		9,40 (8,67)			
<b>Dor na coluna</b>											
Sim	42 (22,80)	3,35 (3,70)	0,231	10,20 (9,33)	0,554	1,77 (2,87)	0,917	15,05 (8,49)			
Não	142 (77,20)	3,08 (3,47)		3,97 (7,20)		1,53 (2,64)		8,40 (8,22)			
<b>Doença cardiovascular</b>											
Sim	7 (3,80)	1,85 (1,34)	0,522	11,85 (12,32)	0,084	3,42 (4,89)	0,121	17,14 (10,18)			
Não	141 (76,60)	3,13 (3,41)		5,36 (8,14)		1,61 (2,66)		9,86 (8,61)			
<b>Insuficiência Renal e crônica</b>											
Sim	1 (0,50)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	183 (99,50)	-		-		-		-	-	-	-
<b>Câncer</b>											
Sim	0 (0,00)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	184 (100,00)	-		-		-		-	-	-	-
<b>Doença pulmonar</b>											
Sim	2 (1,27)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	155 (98,73)	-		-		-		-	-	-	-

## Discussão

Ao se comparar o índice de CPO-d encontrado (9,54) no presente estudo, este foi mais elevado do que o apontado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil 2010 (Brasil, 2012). O Levantamento epidemiológico realizado em 2010 demonstrou um declínio da cárie no Brasil, saindo de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) aos 12 anos de idade. Entretanto o resultado do presente estudo evidenciou situação de maior severidade da doença cárie nas comunidades quilombolas em Sergipe, se comparado à população em geral. Esse fato pode ser atribuído às dificuldades de acesso dessas populações aos serviços de saúde, o que pode estar relacionado aos determinantes sociais existentes no território..Um estudo ecológico avaliou a relação das condições socioeconômicas e de política de saúde pública com as de saúde bucal nas capitais brasileiras. Foi realizada análise fatorial com os indicadores de condições socioeconômicas, revelando dois fatores comuns: deprivação econômica e condição socio sanitária. Os resultados apontaram os a necessidade de ações sociais que impactem nas condições de vida da população para redução da cárie dentária (Silva, et al, 2014).

Em relação ao componente “restaurado” o resultado é semelhante ao SB-Brasil 2010, quando se observa que na Região Nordeste, a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é menor do que na Região Sudeste, indicando que a maior prevalência da doença cárie corresponde ao menor acesso aos serviços odontológicos (Brasil, 2012). No grupo de 65 a 74 anos, o componente com maior percentual foi o “extraído” (Brasil, 2012).

Os resultados do presente estudo, estão em consonância com o encontrado por Guiotoku et al (2012) que identificaram iniquidades na experiência anterior de cárie, apesar da pequena diferença no índice CPO-D por grupo de raça/cor e em relação à perda dentária, os pardos apresentaram 1,4

mais dentes perdidos e 6% a mais de edentulismo anterior, quando comparados aos brancos.

No tocante a relação da educação com a questão racial, Santos (2015) faz uma análise do documento divulgado pela UNICEF em 2012 em que, do total de excluídos da escola, a maioria é negra e parda e em anos de estudo a média para a população negra é de 6,7 anos, contra 8,4 da branca, indicando que um dos principais obstáculos encarados pelos estudantes negros é a discriminação racial (Santos, 2015). Pereira (2016) aprofundou o debate do processo escolar formal no Brasil, sendo esse um desafio para o país e a educação dos jovens e adultos, principalmente, do campo e de comunidades ribeirinhas.

Os resultados deste estudo apontaram índices altos de CPO-D na população quilombola estudada principalmente na faixa etária > 60 anos, esse fato deve-se ao grande quantitativo do componente perdido. Os resultados corroboram com Menezes-Silva et al, (2016) que evidenciaram alta taxa de edentulismo na população idosa, contribuindo para um alto índice de CPO-D. Isso demonstra a relação entre saúde bucal e distúrbios, como ansiedade, depressão, estresse e medicação, fatores diretamente correlacionados em idosos. Esses resultados corroboram o estudo de DCNTs como variáveis dessa pesquisa. Os resultados também são semelhantes à Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), em que o grupo de 65 a 74 anos apresentou o componente extraído com maior percentual (Brasil, 2012).

O presente estudo tem resultados semelhantes aos de Maia *et al.* (2016) que realizaram estudo com objetivo de desenvolver ações de caráter educativo e preventivo de saúde bucal em seis aldeias indígenas da etnia Tembé, no Pará, e verificaram que os idosos haviam sofrido ataques pela cárie e apresentavam como elemento exclusivo o componente extraído.

No presente estudo as médias de CPO-D eram menores para as faixas etárias mais jovens, resultados similares aos de pesquisa que avaliou a prevalência da cárie dentária em

crianças/adolescentes de 0 a 15 anos em oito comunidades ribeirinhas do Pará.(Amaral, *et al.*, 2017). O CPOD aos 12 anos foi de 4,0 ( $\pm$  3,1), sendo o elemento predominante o cariado. Entre as necessidades de tratamentos mais prevalentes, estavam as restaurações de 1 ou 2 faces, assinalando que essas comunidades possuíam dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Os índices encontrados mostraram-se acima dos apresentados no levantamento epidemiológico nacional SB Brasil, 2010 (Amaral *et al.*, 2017).

Nas outras faixas etárias de adultos e idosos, houve uma progressiva substituição dos elementos cariados por elementos extraídos, podendo esse evento estar associado à falta de acesso aos serviços de saúde. Resultado similar foi encontrado nas comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, onde foi encontrada alta prevalência de cárie, tendo como consequência percentual elevado de perdas dentárias (Figueiredo *et al.*, 2016).

No que tange à escolaridade, a maioria dos participantes das comunidades quilombolas em Sergipe pertencia a níveis de escolaridade até o ensino fundamental com índice de analfabetismo de 12,5 %, embora ainda houvesse indivíduos com ensino médio e nível superior em menor escala. Os resultados foram semelhantes ao estudo de Pereira (2016) em que se observou que a educação de nível fundamental e médio chega aos poucos nas comunidades ribeirinhas do Pará, beneficiando os filhos dos trabalhadores rurais, quilombolas, extrativistas, ribeirinhos e pescadores para que tenham acesso à escola e, assim, possam cursar os níveis de ensino que antes não tiveram condição de fazê-lo em função da precária condição econômico-financeira. Em relação aos alunos que concluíram o ensino médio, o número era bem menor que aqueles com ensino fundamental completo.

No tocante ao percentual de analfabetos e indivíduos com ensino fundamental, os resultados são análogos à pesquisa de Velten et al. (2013) em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, em que 20% eram analfabetos, 40%

tinham ensino fundamental incompleto e nenhum dos participantes da pesquisa possuía o ensino médio.

Ao se analisar a variável renda, percebe-se que as comunidades quilombolas pertenciam à classe social E (renda de até 2 salários mínimos, segundo critérios do IBGE), sendo que este grupo também possuía maiores médias do índice de cárie dentária. Resultado semelhante em proporções da população que pertenciam à classe social E foi observado no estudo com comunidades quilombolas de Alagoas (90%) e na Chamada Quilombola (90,9%) (Leite *et al.*, 2013).

A relação entre grupos socioeconomicamente menos privilegiados e índices de cárie dentária mais elevados foi encontrada em outros estudos (Ardenghil, Piovesan & Antunes, 2013; Mendes, Matos e Bastos, 2016; Brasil, 2012). Diferenças significativas entre os grupos de raça/cor também foram observadas em relação à escolaridade, à renda familiar e ao acesso a dentista (Guiotoku *et al.*, 2012).

A prevalência de cárie dentária no presente estudo foi alta, sendo que houve maior prevalência em indivíduos portadores de doenças crônicas não transmissíveis nas comunidades quilombolas pesquisadas, principalmente hipertensão arterial e artrite/reumatismo ( $p < 0,001$ ). Elevada prevalência de cárie dentária também foi encontrada em outro estudo em populações quilombolas no Pará com pouco acesso à saúde bucal em que, também, foi observado elevado índice de doenças crônicas entre essas populações negras rurais em comparação com o restante da população brasileira (Melo & Silva, 2015).

A prevalência de hipertensos (23,26%) foi inferior à pesquisa transversal descritiva, desenvolvida na Comunidade Quilombola Boca da Mata no Maranhão que apresentou elevação (36,4%) dos níveis pressóricos, sendo a maioria dos acometidos pela doença do sexo feminino. Entre os hipertensos previamente diagnosticados, 38% estavam com a PA não controlada, apesar do uso contínuo de medicamentos. Naquele estudo foi apontado que os indivíduos que apresentaram elevação de PA 33,3% estavam na faixa etária entre 18



a 29 anos e 29,6%, entre 42 e 53 anos (Belfort, 2017). Assim a prevalência de hipertensão arterial encontrada neste estudo deve ser observada pelas autoridades sanitárias já que a hipertensão arterial influencia negativamente na qualidade de vida de quilombolas, quando se analisa a dimensão física (Velten *et al.*, 2013).

Embora haja prevalência de diabetes na população estudada, não se observou diferenças significativas nas médias do índice de cárie dentária nos que relataram ter diagnóstico de diabetes. Esse resultado pode ser explicado devido à relação da diabetes ser mais agressiva em relação à doença periodontal, ou porque os diabéticos encontravam-se compensados. Os resultados estão de acordo com o estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em que a presença de diabetes mellitus tipo 1 em doentes tratados com bomba de insulina não estava associada a um aumento da prevalência de lesões de cárie dentária (Garcia, *et al.*, 2016).

Entretanto outro estudo demonstrou que a Diabetes Mellitus tipo 1 poderia comprometer a saúde bucal do doente e em consequência, a sua qualidade de vida. Elevados níveis de glicose no sangue provocam alterações bacterianas e fúngicas, ocasionando uma modificação do biofilme dentário e da composição salivar, o que provoca aparecimento ou exacerbação de diferentes patologias bucais (Watters, 2014). Em estudo com crianças de 2 a 10 anos com Diabetes Mellitus tipo 1 no município de Fortaleza, foi apresentado maior severidade de cáries quando comparado ao grupo sem diabetes (Martins, 2017) e que o grupo de diabéticos possuía maiores índices de placa quando comparados a pacientes saudáveis (Ponte, 2017).

Na população do estudo as maiores médias do índice de cárie dentária foram encontradas nos indivíduos com hipercolesterolemia em comparação com os que relataram não ter colesterol alto. Os resultados sugerem que pode haver relação entre cárie e índices lipídêmicos. Estudo demonstrou que o colesterol alto está intimamente associado ao sedentarismo e à alimentação inadequada com elevado consumo de carne com gordura e refrigerantes e baixo consumo de

frutas, aspectos notados em população quilombola do norte de Minas Gerais, destacando a associação de fatores que implicam risco cardiovascular elevado para essa população (Oliveira & Caldeira, 2016). Estes aspectos podem se configurar em fatores de risco comuns para as doenças crônicas não transmissíveis e a cárie dentária (OMS, 2017).

Embora a prevalência de doenças cardíacas na população quilombola seja baixa, os índices médios de cárie dentária são maiores no presente estudo naqueles indivíduos que relataram possuir diagnóstico de doenças cardíacas. Semelhante resultado foi encontrado por Cantekin (2013) em estudo que apontou diferenças significativas nos índices de dentes cariados, perdidos ou restaurados de crianças com doenças cardíacas congênitas ou adquiridas, quando comparado com crianças saudáveis. Deve-se considerar a probabilidade de aumento das doenças cardiovasculares e de doenças bucais nas comunidades pesquisadas, pois sabe-se que as doenças cardiovasculares são consideradas fator de risco para doenças bucais Ruospo *et al.*, 2014).

Os que relataram possuir artrite ou reumatismo apresentaram médias significativamente mais altas do índice de cárie dentária. Em estudo com pacientes negros diagnosticados com doença cardíaca e reumática grave que necessitava de cirurgia valvular em um hospital na cidade de Durban, África do Sul, a maioria (84,1%) apresentou anormalidades nas radiografias panorâmicas. A lesão mais frequente foi a cárie, presente em 56,8% dos pacientes, seguida de dentes ausentes em 54,5% dos participantes. As raízes retidas estavam presentes em 22,7% e a patologia peri-apical foi detectada em 18,1% dos pacientes (Maharaj & Vayej, 2012).

Os resultados corroboraram pesquisa em Vitória (ES) com pacientes que possuíam doença reumática, revelando que a artrite reumatóide apresentou-se como a doença dominante (50%), exibindo um alto índice de CPOD para indivíduos da faixa etária de 15 a 19 anos (16,50), apontando ser um fator preocupante uma vez que é aproximadamente três vezes maior que a média regional (5,94). O CPO-D médio encontrado em Vitória foi de 21,51, apesar de 58,75% considerar a autopercepção em relação a sua saúde bucal, como sa-

tisfatória. Ressaltaram também que os resultados poderiam ser devido a dificuldades de higienização por complicações motoras nos membros superiores ou envolvimento da articulação temporomandibular (ATM) e indicam medidas alternativas (adaptadores de escovas dentais, de fio dental e/ou ainda de dentifrício) no auxílio à higiene bucal (Carvalho *et al.*, 2009).

Os resultados apontaram que a doença depressão esteve prevalente nas comunidades estudadas e que aqueles que relataram ter este diagnóstico possuíam significativamente maiores índices médios de severidade da cárie dentária. A depressão também foi observada em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, apresentando-se em 10,4% dos homens e em 13,4% das mulheres, sem diferenças estatísticas entre os sexos, embora os fatores associados à depressão em adultos diferem entre homens e mulheres. Para os homens, foi ter 41 anos ou mais, auto avaliação de saúde ruim/muito ruim, diagnóstico prévio de doença crônica, acesso ruim aos serviços de saúde e não praticar exercício físico, e para as mulheres, os fatores associados à depressão foram autodeclarar-se como não negra, inserção no mercado de trabalho antes dos 16 anos (Barroso *et al.*, 2015).

Identificou-se uma baixa prevalência de Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), com a média do índice de cárie dentária dos sujeitos com valores mais altos do que os indivíduos sem esse distúrbio. Diferente do estudo que evidenciou associação das lesões de esforços repetitivos em membros superiores (lesão por esforço repetitivo\ distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho - LER\ DORT) e a saúde bucal (Carvalho, 2011) destacando que nos portadores de LER\ DORT quando analisada a dificuldade na Atividade de Vida Diária escovar os dentes apresentou-se com 81% das reclamações e o uso de fio dental, com 78%. Houve impacto significativo também nas condições periodontais, índice de placa, disfunção tempomandibular e cárie dentária. Estes resultados podem sugerir dificuldade de escovação devido às dores crônicas o que possibilitaria um maior índice de cárie dentária.

No presente estudo, a maioria dos participantes não apresentava dor na coluna, porém, aproximadamente um

quinto dos indivíduos que relataram dor crônica na coluna vertebral apresentava média do índice de cárie dentária elevada. De maneira semelhante aos estudos de indivíduos que possuem LER/DORT, os participantes que apresentaram dor de coluna podem sentir dificuldade de realizar a higiene bucal por se tratar de atividade mecânica que pode implicar em sintomatologia dolorosa aumentada pela simples execução deste ato em casos agudos.

A maioria dos pesquisados não relatou diagnóstico anterior de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), insuficiência renal crônica e não houve relato de câncer, sinalizando que estas doenças ainda não foram diagnosticadas na comunidade, não implicando, entretanto, que não haja risco de que possam vir ocorrer nestas populações devido à situação de desfavorecimento socioeconômico em que se encontram.

## **Conclusões e Considerações finais**

Houve associação de maiores índices médios de cárie dentária na presença da maioria das doenças crônicas pesquisadas e a menores níveis socioeconômicos. Médias maiores do índice de cárie dentária (CPO-D) estiveram associadas ao relato de diagnóstico anterior das seguintes condições e doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo, doenças cardíacas e depressão).

Portanto medidas de prevenção e intervenção que considerem os fatores de risco comuns a doenças crônicas não transmissíveis, e cárie dentária devem ser implementadas em tempo oportuno, direcionadas especificamente para estas comunidades quilombola que em seus territórios ainda se encontram em situação de desfavorecimento socioeconômico.

## Bibliografia

**Alves-Filho, P. ; Santos, R. V.& Vettore, M. V. (2013).**

Desigualdades socioambientais na ocorrência de cárie dentária na população indígena no Brasil: evidências entre 2000 e 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 16(3): 692-704. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300013>

**Amaral, R.C.D.; Carvalho, D.A.; Brian, A.& Sakai, G.P. (2017).**

A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas - Pará, Brasil. The relationship between oral health and dental caries in eight riverside communities - Pará, Brazil. *Revista Brasileira de Odontologia*, 74(1): 18-22. <https://doi.org/10.18363/rbo.v74n1.p.18>

**Ardenghil, T.M.; Piovesan, C.& Antunes, J.L.F. (2013).**

Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. *Revista de Saúde Pública*; 47(supl3):129-37. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004352>

**Barroso, S. M.; Melo, A. P. & Guimarães, M. D. C. (2015).**

Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 18(2): 503-514. <https://doi.org/10.1590/1980-549720150002001>

**Belfort, I.K.P. ; Fernandes, M.A.; Nunes, J.D.C.& Monteiro, S.C.M. (2017).**

Elevação de níveis pressóricos em uma comunidade quilombola. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*; 30(3): 1-8. <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6135>

**Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012).**

*SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.* Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde; 116 p. : il

**Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. (2010).**

*Série B. Textos Básicos de Saúde.* Ministério da Saúde. Distrito Federal.

**Brasil. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. (2009).**

*Programa Brasil Quilombola: comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas.* Brasília, DF.

**Brasil. PNS – Pesquisa Nacional de Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013).**

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9161&t=downloads>.

**Cantekin, K.; Cantekin, I. & Torun, Y. (2013).**

Comprehensive dental evaluation of children with congenital or acquired heart disease. *Cardiology in the Young*; 23(5): 705-710. <https://doi.org/10.1017/S1047951112001953>

**Carvalho, E. S. (2011).**

*Associação entre lesões de esforços repetitivos (LER/DORT) em membros superiores e a saúde bucal.* (Dissertação de Mestrado. Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo). Repositório: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/D.25.2011.tde-08082011-090521>

**Carvalho, A.; Oliveira & Silva, D. (2014).**

Perspectivas de segurança alimentar e nutricional no Quilombo de Tijuacu, Brasil: a produção da agricultura familiar para a alimentação escolar. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*;18(50):521- 532. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0804>

**Carvalho, R. B.; Teixeira, L. P. & Gomes, M. J. (2009).**

*Autopercepção e condições de saúde bucal nos pacientes assistidos pelo Ambulatório de Reumatologia do Hucam/Ufes, Vitória – ES.* RFO; 14(3):216-22. <https://doi.org/10.5335/rfo.v14i3.804>

**De Assis, E. S.; Araujo, J. A, Rezende, M. I. R. C.; Oliveira, C. C. C.; Reis, F. P. & Melo, C. M. (2015).**

Prevalence of variant hemoglobins and thalassemias in a maroon community in Sergipe, Brazil. *Acta Scientiarum. Health Sciences*; 37(2):211. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v37i2.23444>

**Figueiredo, M. C; Boaz, C. M. S.; Bonacina, C. M.; Fabricio, F. K. & Silva, K. V. C. L. (ago, 2011).**

*Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil.* Evaluation of dietary patterns of slave descendants (quilombolas) of the Limoeiro de Bacupari Community, Rio Grande do Sul, Brazil. RFO UPF [online].Passo Fundo;16(2). <https://doi.org/10.5335/rfo.v16i2.2116>

**Figueiredo, M. C.; Benvegnú, B. P. ; Silveira, P. P. L.; Silva, A. M. & Silva, K. V. C. L. (2016).**

Saúde bucal e indicadores socioeconômicos de comunidades quilombolas rural e urbana do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*; 26(2):61-73. ISSN Impresso: 0104-7582 • ISSN Eletrônico: 2238-1236. <https://doi.org/10.15600/2238-1236/fol.v26n2p61-73>

**Garcia, R.; Coelho, A.; Paula, A.; Ferreira, M. M.; Caramelo, F.; Barros, L.; Batista C., Melo M., Silva M. J. & Carrilho E. (2016).**

Prevalência da Cárie dentária em diabéticos tipo 1 tratados com bomba de insulina. *Acta Medica Portuguesa* 29(7-8): 461-467. <https://doi.org/10.20344/amp.6796>

**Guiotoku, S. K.; Moysés, S. T.; Moysés, S. J.; França, B. H. S. & Bisinelli, J. C. (2012).**

Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 31(2): 135-141. <https://www.pt.scielo.org>

**Jin, L. J., Lamster, I. B., Greenspan, J. S., Nb Pitts, N. B.; Scully, C. & Warnakulasuriya, S. (2016).**

Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Diseases*; 22:609-19. <https://doi.org/10.1111/odi.12428>

**Kim, E-K., Lee, S.G.; Choi, Y-H.; Won, K-C; Moon, J.S; Merchant, A.T& Lee, H-K. (2013).**

Association between diabetes-related factors and clinical periodontal parameters in type-2 diabetes mellitus. *BMC Oral Health*; 13:64. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-13-64>

**Leite, F. M. B.; Ferreira, H. S.; Bezerra, M. K. A.; Assunção, M. L. & Horta, B. L. (2013).**

Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. *Revista Paulista de Pediatria*; 31(4):444-51. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038970005> Lopes Ac.B.A.& Cabrera, M.A.S. (2010). Saúde bucal em usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos na atenção primária à saúde. Espaço para a Saúde (on-line);11(2):39-47. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-561972>

**Mahara, J. B & Vayej A. C. (2012).**

Oral health of patients with severe rheumatic heart disease. *Cardiovascular Journal of Africa*, 23(5), 336-339. <https://doi.org/10.5830/CVJA-2012-009>

**Maia, B. N. B & Silva, T. A.; Colaço, M. N. & Celestino-Júnior, A. F. (2016).**

Projeto Tembê: ações de saúde bucal em seis aldeias indígenas de Tomé-Açu, Pará, Brasil. *Revista Saúde - UNG on-line*; 10(3-4);34-46. <https://revistas.ung.br/saude/article/view/2325>

**Martins, R.A.R.C. Avaliação de fluxo, pH e glicose salivares e experiência de cárie em crianças com e sem diabetes mellitus tipo 1: estudo longitudinal. (2017).**

63 f. [Dissertação] Mestrado em Odontologia - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. *Repositório Institucional UFC*: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/22567>

**Melo, M. F. T. & Silva, H. P. (2015).**

Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista Da Associação Brasileira De Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 7(16), 168-189. <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/103>

**Mendes, H. J.; Matos, P. E. S. & Bastos, J. R. M. (2016).**

Cárie dentária e desigualdades socioeconômicas no Brasil. *Revista Saúde. Com*; 12(1): 454- 462. <https://www.uesb.br/revista/rsc/ojs>

**Menezes-Silva, R.; Oliveira, D. W. D.; Biscaro, P. C. B.; Orti, N. P. ; Sá-Pinto, A. C. & Ramos-Jorge, M. L.( 2016).**

Inquérito epidemiológico em população idosa (parte II): saúde bucal, ansiedade, depressão, estresse e uso de medicamentos. *Scientia Medica*; 26(1): ID21980. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2016.1.21980>

**Nasseh K, Greenberg B, Vujicic M & Glick M. (2014).**

The Effect of Chairside Chronic Disease Screenings by Oral Health Professionals on Health Care Costs. *Am J Saúde Pública*; 104(4): 744-50. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301644>.

**Oliveira, S. K. M. & Caldeira, A. P. (2016).**

Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Caderno de Saúde Coletiva*; 24(4): 420-427. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600040093>

**OMS. Organização Mundial da Saúde. (2003).**

*Adherence to long-term therapies - evidence for action.* [online]. [acessado em 15 nov 2017]. [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)

**Pereira, R. C. (2016).**

Sistema De Organização Modular De Ensino (Some) e a inclusão social dos jovens e adultos do campo. *Revista Margens Interdisciplinar*; 10(14):187-198. <http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v10i14.4257>

**Ponte, E. D. (2017).**

*Avaliação de controle metabólico, perfil de proteínas totais salivares e índices de placa e gengival em crianças com e sem diabetes mellitus tipo 1: um estudo caso-controle e prospectivo.* 72 f. [Dissertação] Mestrado em Odontologia - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

**Ruospo, M.; Palmer, S. C.; Craig, J. C.; Gentile, G.; Johnson, D. W.; Ford, P. J.; Tonelli M., Petruzzi M., De Benedittis, M. & Strippoli G. F. (2014).**

Prevalence and severity of oral disease in adults with chronic kidney disease: a systematic review of observational studies. *Nephrol Dial Transplan*; 29: 364- 375. <https://10.1093/ndt/gft401>

**Sanchez, D., & King-Toler, E. (2007).**

Addressing disparities consultation and outreach strategies for university settings. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 59(4), 286-295. <http://dx.doi.org/10.1037/1065-9293.59.4.28>



**Santos, S.B. (2015).**

Famílias negras: uma perspectiva sobre raça, gênero e educação. *Revista Fórum Identidades*; 17(9): 115-58. <https://periodicos.ufs.br/forumidentidades/article/view/4740>

**Santos, J. P. & Paes, N. A. (2014).**

Associação entre condições de vida e vulnerabilidade com a mortalidade por doenças cardiovasculares de homens idosos do nordeste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 17(2). <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020010ENG>

**Schwab, G. L.; Moysés, S. T.; França, B. H. S.; Werneck, R. I. A.; Frank, E. & Moysés, S. J. (2014).**

Chronic conditions policies: oral health, a felt absence. *International Dental Journal*; 64: 83-88. <https://doi.org/10.1111/idj.12066>

**Silva, J. V.; Machado, F. C. A. & Ferreira, M. A. F. (2015).**

As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*; 20(8):2539- 2548. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.12052014>

**Sousa, M. A.; Pinheiro, A. P. L.; Pinheiro, A. C. L.; Assunção, L. S. & Silva, J. (2013).**

Patrimônio Histórico Cultural: um olhar sobre a construção do mapeamento das comunidades negras e quilombolas do Cariri Cearense. *Revista Ciência da Informação*; 3(2).Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/moci/article/view/17456>.

**Velten, A. P. C.; Moraes, N. A.; Oliveira, E. R. A.; Melchior, A. C.; Secchin, C. M. C. & Lima, E. F. A. (2013).**

Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*; 15(1): 9-16. <https://doi.org/10.21722/rbps.v15i1.5573>

**Watters, C.; Everett, J. A.; Haley, C.; Clinton, A. & Rumbaugh, K. P. (2014).**

Insulin Treatment modulates the host immune system to enhance *Pseudomonas aeruginosa* wound biofilms. *Infect Immun*; 82(1):92-100. <https://doi.org/10.1128/IAI.00651-13>

**WHO. World Health Organization. (2017).**

WHO methods and data sources for country- level causes of death 2000-2015. Department of Information, *Evidence and Research*. Geneva: WHO. <https://terrance.who.int/mediacentre/data/ghe2015/GHE%20TR2016-9%20COD%20Methods>.



# **CAPÍTULO 6.**

## **SALUD MENTAL JUVENIL Y CONDUCTA SUICIDA EN CONTEXTOS UNIVERSITARIOS: DATOS PARA LA REFLEXIÓN**

**ALEXIS SOTO SALCEDO  
ALEX VÉLIZ BURGOS  
MARCIA CAVADA PALMA**

### **Introducción**

**EL MUNDO UNIVERSITARIO** ha sido ampliamente demandado desde el punto de vista de la salud mental juvenil durante los últimos años. Esto debido a que, por un lado, se le asigna la responsabilidad de formar profesionales competentes técnicamente y que, a su vez asertivos para formar parte de un mundo cambiante y globalizado, y, por otro lado, se le endosa el hacerse cargo de vacíos pedagógicos que pudieron presentarse en la extensa cadena del proceso de formación tradicional. Estas dos consignas sociales generan una fuerte presión en el mundo académico que se ve influenciado en reducir y acortar los tiempos de formación, pero se agobia al evaluar que, al parecer, cada vez existen más temas y áreas que desde el medio laboral se demandan para un profesional posmoderno, especialmente aquellas llamadas habilidades blandas, pero que para nosotros constituyen las habilidades esenciales para la vida en un amplio espectro.

Kim y Kim (2019) señalan que la universidad es un lugar valioso donde los estudiantes aprenden no solo sobre el

conocimiento académico sino también sobre la humanidad toda vez que, al ser un grupo social representativo, la universidad, juega un importante rol para que los jóvenes estudiantes formen identidades sociales a través de la comunicación interpersonal. Indican además que es notoria la importancia que tiene la universidad para los estudiantes en términos de cómo crecen como seres sociales y, más específicamente, cómo desarrollan su identidad de grupo universitario durante la vida del campus.

La vida universitaria demanda un alto nivel de compromiso para enfrentar las exigencias y requerimientos que desde este espacio surgen, generando o elicitando situaciones de tensión o estrés que pudieran vincularse a otras manifestaciones de corte emocional y social. Además, el ingreso a la educación superior también tiene asociado un proceso de adaptación a la vida universitaria que es más que el componente académico (Véliz y Apodaca, 2016).

Acosta *et al.*, (2019) señalan que, asumiendo que la depresión es el trastorno más frecuente en los universitarios, los problemas de salud mental comunes ocupan el segundo lugar, cuya sintomatología afecta el estado de ánimo, dando sensación de ansiedad, problemas alimenticios, insomnio, además se suma además una alta vulnerabilidad para el consumo de alcohol y otras drogas ilícitas (García-Carretero *et al.*, 2019) y una creciente ideación suicida.

Las crisis de ansiedad y las manifestaciones depresivas, sumadas a los conflictos propios de autonomía e identidad que se producen en el fin de la adolescencia y la adultez tardía, son materias frecuentes en las unidades de atención y apoyo estudiantil. Si bien, en general, la universidad es un momento de mayor independencia para los adultos jóvenes, tradicionalmente implica una disminución del apoyo de los padres y, en consecuencia, una gran proporción de estudiantes se sienten solos, estresados, inadecuados, ansiosos y deprimidos (Akpinar *et al.*, 2020).

Así también la conducta suicida aparece como tema pre-ocupante en las unidades de salud mental, el suicidio se ha

convertido en un problema de salud pública mundial, es la segunda causa de muerte en personas con edades entre 15 y 29 años y se afirma en que más de 800.000 personas se suicidan cada año, siendo los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas, los métodos más utilizados (Benavides *et al.*, 2019).

A pesar de las diferentes definiciones de suicidio, hay acuerdo en señalar que lo nuclear del suicidio es que la persona tenía la intención de auto provocarse la muerte (García-Haro *et al.*, 2020), por lo que entonces, el suicidio supone la muerte, ejecutada por uno mismo, por acción u omisión que la produce, de forma directa o indirecta, con conocimiento de la persona protagonista sobre el efecto de muerte del acto u omisión (Blanco, 2020). Se trata pues, de una decisión-acción-acto a través de la cual el sujeto busca acabar con su vida, por lo que se podría distinguir, tres elementos en juego: la intención del sujeto, el acto y el resultado (García-Haro *et al.*, 2020).

Ahora bien, la estigmatización, que rodea en todo el espectro tanto de los trastornos mentales como de la conducta suicida, muchas veces influye en la idea de buscar ayuda en muchas personas que piensan en quitarse la vida o tratan de hacerlo y que, por lo tanto, no reciben el apoyo que necesitan. Por esta razón, y debido a la falta de sensibilización sobre la importancia que reviste la conducta suicida como problema para la salud pública y por el tabú existente en muchas sociedades para tratar sobre él abiertamente, la prevención del suicidio no se ha abordado debidamente y hasta hoy, solo unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre las prioridades de sus políticas de la esfera de la salud y solo 38 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención específica (OMS, 2004).

Bajo esta mirada, es importante destacar que tal cómo lo presenta la OMS no es raro que algunos adolescentes tengan dificultades para compartir experiencias personales e íntimas; lo que se ve complejizado debido al estigma que rodea al comportamiento suicida, por lo que el abordaje de este tema se vuelve mucho más difícil y más aún revelar que

uno ha llevado a cabo un intento de suicidio (Levi-Belz *et al.*, 2019).

Por este motivo, la salud mental en el contexto universitario se ha tomado la agenda estos últimos años, debido entre otras situaciones a la modificación de los patrones interaccionales conocidos. Hoy más que nunca los estudiantes han manifestado severas dificultades de interacción e integración a los espacios institucionales en el retorno a actividades presenciales posterior a las fases de cuarentena a raíz de la pandemia SARS-CoV2, presentándose una serie de requerimientos de apoyo emocional debido al aumento de cuadros psicológicos y psiquiátricos asociado a la ideación suicida, de allí que la Unión Europea ha presentado una batería de recomendaciones y aproximaciones que contemplan la prevención del suicidio como un elemento clave en las políticas de salud mental en los estados miembros (Castillo, 2022).

## **Factores explicativos de la conducta suicida en población joven**

La conducta suicida se presenta asociada principalmente a la imposibilidad de poder responder a demandas personales y/o sociales que pueden estar en el marco de lo racional o afectivo.

Un estudio realizado en un centro comunitario de salud mental en el municipio de Santa Clara de Cuba durante el año 2015, señala ya en ese entonces, seis causas que motivaron un intento suicida y que se asocian a frustraciones, necesidades básicas insatisfechas, imitación del grupo, depresión situacional, sentimientos auto reprimidos y conflictos familiares (Pérez-Abreu *et al.*, 2018).

Los jóvenes en los primeros años de la vida adulta viven diversas experiencias de cambio en los diferentes contextos donde se desenvuelven. Así, por ejemplo, en el contexto universitario, se ponen en juego habilidades y competencias orientadas a la consecución de un título que certifique estudios y que facilite la búsqueda de empleo. En esta época las

personas deben mostrarse a sí mismas y a su entorno que tiene la capacidad de sortear con éxito los desafíos asociados a esta etapa de la vida, cosa que no siempre es llevadera y se presentan numerosos cuadros ansiosos relacionados con la frustración que implica el no obtener los resultados esperados. Se evidencian entonces fortalezas y potencialidades (Barrera y Flores, 2020), pero también debilidades o vacíos que terminan obstaculizando la vida universitaria al no contar con herramientas necesarias para hacer frente a características personales que, al no ser demandadas con anticipación, no se habían manifestado de forma tan clara como hasta ahora.

La depresión situacional y los sentimientos auto reprimidos se enmarcan dentro de un contexto de riesgo psicosocial que pueden comprometer en un momento determinado la salud, la supervivencia y los proyectos de vida del individuo (Pérez-Abreu *et al.*, 2018) y que en ocasiones se manifiestan con mayor fuerza durante la adolescencia en donde los tiempos para alcanzar o consolidar alguna característica se ven como más apremiantes. Congruente con esto son los estudios reportados por Cuenca-Robles *et al.*, (2020) que indican que la mayoría de los problemas de salud mental de los adolescentes se asocian con acciones de impulsividad en donde se canalizan sentimientos reprimidos y que ocasionan muertes de forma prematura producto de accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades que pudieron ser prevenidas. En todos los casos el suicidio de adolescentes y jóvenes es una problemática psicosocial grave que se ha incrementado en las últimas décadas (Pupo-González *et al.*, 2018).

Como definición terminológica y para tener claridad respecto de las distinciones que se producen entre el intento de suicidio y la conducta o comportamiento suicida, la OMS (2014) diferencia estos dos conceptos de la siguiente forma:

- Intento de suicidio: todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación auto-

infligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal.

- Comportamiento suicida: se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.

Respecto de las causas involucradas en el comportamiento suicida Ardiles-Irarrázabal *et al.*, (2018) indican que el comportamiento suicida presenta múltiples causas interrelacionadas que pueden organizarse en dos categorías (1) predisposiciones internas en donde se consideran factores biológicos correlacionados con impulsividad, agresividad, inestabilidad afectiva u otros trastornos afectivos y (2) condiciones externas vinculadas a la vida cotidiana como la violencia social, relaciones tóxicas, discriminación entre otras.

El suicidio finalmente es definido por la OMS (2014) como "Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil".

## **Factores de protección y riesgo de la conducta suicida juvenil**

Según Soto *et al.*, (2020) existe literatura que indica una multiplicidad de factores incidentes en la conducta suicida, si bien se han sistematizado algunos factores de riesgo que parecieran ser comunes y permiten tener nociones respecto de ámbitos que son importante de cuidar, también deja abierta la posibilidad de estudios continuos para tener mayor claridad respecto de generar acciones preventivas que apunten a garantizar una suerte de equilibrio psíquico que favorezca una opción por la vida.

En este escenario resulta importante poder clarificar que elementos son entendidos como factores protectores de los adolescentes que alejan de su cotidianeidad la conducta



suicida y que condicionantes aumentan la probabilidad de presentar comportamientos que pudieran encontrarse dentro del espectro suicida.

## **Factores protectores de la conducta suicida en jóvenes**

Sánchez (2019) señala que las familias tradicionalmente aspiran a invertir en actividades que permitan desarrollar las habilidades cognitivas y competencias socio-emocionales de sus hijos, sin embargo frente a la existencia de precariedad por condición de pobreza y/o bajo acceso a recursos es posible que haya una inversión subóptima en el desarrollo de habilidades y por ende se puedan generar condiciones de frustración, sensación de injusticia e inequidad u otras en que es posible percibir una sensación de desamparo por la condición en la que viven, afectando su autoconcepto y su autoeficacia percibida en diferentes esferas supra académicas.

El desarrollo de variables personales como la autoestima, la motivación o resiliencia apuntan a generar una creencia en donde aparece una sensación de autoeficacia que facilita el abordaje de ciertas situaciones y aleja la sensación de fracaso o frustración y si aparecen son rápidamente abordadas y superadas (Véliz-Burgos y Apocada, 2016).

Las variables familiares son sin duda un factor protector preponderante, las relaciones de apego y un buen desarrollo de la afectividad (Dörner, 2021; Aragón, *et al.*, 2018) que se producen al interior de la familia, permiten construir lazos fluidos de comunicación, que permiten gestionar las emociones desde temprana edad contando con apoyos en momentos en que se desconoce la forma de abordar situaciones de conflicto. Familias funcionales aportarán como factor protector al desarrollo del adolescente y lo protegerán de la aparición de conductas suicidas.

El entorno Educativo es por definición promotor de la salud integral de los estudiantes en todos sus niveles, sus planes de estudio, o los sellos declarados en su misión o visión

apuntan a un bien superior que se asocia a la vida y el bienestar y desde allí diseñan y desarrollan muchas actividades que se conciben como mecanismos de protección para sus estudiantes (Francisco *et al.*, 2018). Aun así Villalobos (2019) señala que el aumento de la cobertura educacional, la incorporación de diversos actores al proceso educativo, la expansión tecnológica, la digitalización de las costumbres nacionales y/o su reemplazo por modas tecnológicas, la búsqueda de la transformación de la práctica didáctica, el cambio de los hábitos de estudios de los escolares entre otros cambios propios de la modernidad, han atentado contra el tradicional rol del sistema educativo como un factor transversal de protección, generando un ambiente disfuncional, crítico, con mucha incertidumbre y con problemas de convivencia, lo que quitaría fuera a este pilar que junto a la familia son los escenarios más transversales que se pueden reconocer. Se debe por lo tanto recuperar el rol social y mediador de la educación y favorecer un desarrollo amplio en las diferentes esferas del desarrollo de las personas (Francisco y Véliz, 2020).

## **Factores de riesgo de la conducta suicida en jóvenes**

Ha habido una creciente preocupación de que los estudiantes universitarios puedan representar un nuevo grupo de alto riesgo de conducta suicida (Gunnell *et al.*, 2020). Los factores de riesgo están dados por la concepción social de vulnerabilidad que el adolescente pueda tener, (Obach *et al.*, 2018), y que considera todo aquello que le lleva a perder el equilibrio psicológico o al menos a ver cómo este se va afectando a través del tiempo (Soto *et al.*, 2020).

McLaughlin, y Gunnell (2021) reportan en un estudio realizado en el Reino Unido que los estudiantes que murieron por suicidio tenían más probabilidades de haber sido hombres, experimentando dificultades académicas como repetición de curso, y suspensión de estudios, entre otras; lo que se asoció con un aumento del riesgo de 5 a 30 veces en

comparación con otros estudiantes, lo que sitúa el género y el rendimiento académico como factores de riesgo en universitarios con mayor evidencia estadística.

Otro estudio en universitarios chinos entregó como sus principales resultados la prevalencia de la ideación suicida entre los estudiantes universitarios de la provincia de Jilin en un 9,2 %; la prevalencia de ideación suicida se asoció con el género, año de estudio y gastos de manutención mensuales; se encontraron factores de riesgo para la ideación suicida, incluidos múltiples aspectos de la familia, la interacción social, los hábitos diarios y la salud mental; los factores familiares tuvieron efectos directos e indirectos sobre la ideación suicida y fueron los factores de riesgo más influyentes; y los síntomas depresivos fueron un factor mediador entre la interacción familiar, social o los hábitos cotidianos y la ideación suicida y ejercieron efectos directos sobre la ideación suicida (Wang *et al.*, 2019).

Un estudio descriptivo transversal realizado por Villar-Cabeza *et al.*, (2018) con jóvenes que por conducta suicida acudieron a urgencias de un hospital pediátrico de Barcelona, recogió datos sociodemográficos, clínicos, psicopatológicos y de perfiles de personalidad, comparando dichos perfiles para estudiar posibles diferencias en la gravedad clínica de cada uno, dado que ello podría ser relevante para planificar intervenciones diferenciadas que reduzcan el riesgo de repetición de la conducta suicida. Este estudio logro identificar estilos específicos de personalidad que presentarían mayor riesgo y/o probabilidad de manifestar una conducta suicida.

Otro factor ya señalado al referirnos al entorno educativo, es la vida universitaria que en sí misma está vinculada con muchos elementos que se correlacionan con un alto riesgo de enfermedad mental y CS, debido a lo competitivo de la vida estudiantil, al estrés de la vida universitaria y a los altos niveles de perfeccionismo que se presentan en un ambiente que puede aumentar la probabilidad de autolesión y comportamiento suicida entre aquellos que son vulnerables (O'Neill *et al.*, 2018; Bennetts, 2018). En todos estos casos,

es relevante generar acciones de intervención que apunten a garantizar una suerte de equilibrio psíquico que favorezca una opción para la vida (Soto *et al.*, 2020).

## **La conducta suicida en el contexto universitario**

De acuerdo a la OMS (2004) existen más de 900 millones de personas en el mundo que padecen algún trastorno asociado a síntomas de salud mental y cerca del 50% de sus habitantes sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida (Kenney *et al.*, 2020). La evidencia de los últimos años recogida en estudios e investigaciones empíricas señala que los jóvenes que estudian en la universidad han presentado un aumento sostenido en la prevalencia de trastornos mentales, siendo incluso mayor que las cifras reportadas para la población general y jóvenes no universitarios (Auerbach *et al.*, 2016; Arrieta *et al.*, 2014; Baader *et al.*, 2014).

Este aumento de problemas en la salud mental de adolescentes y jóvenes estaría dado por el tránsito hacia la adultez emergente (Barrera-Herrera y San Martín, 2021); etapa caracterizada en primer lugar por la búsqueda inexorable de identidad, lo que conlleva a un centramiento en el sí mismo y una expresión inestable de sensaciones en función del devenir de dicha búsqueda.

La adolescencia al ser una fase evolutiva crítica, caracterizada por una sensación de vulnerabilidad asociada al proceso de desarraigo del sistema familiar y la salida física del espacio de cohabitación familiar, hacia una suerte de independencia que se va instalando de forma gradual que resulta algo engañosa puesto que todavía se mantienen lazos fuertes de dependencia económica (Salcedo *et al.*, 2022). Además de estas dificultades propias del crecimiento y desarrollo personal, se encontrarían las dificultades propias que conlleva el contexto universitario, las cuales consideran una incorporación a una cultura de funcionamiento muy distinta a la experiencia en la educación secundaria y la predisposición a los procesos formativos propios de cada carrera lo que lleva un

trabajo permanente en la adquisición de competencias específicas que permitan enfrentarse a estresores que van más allá del ámbito académico (Barrera-Herrera y San Martín, 2021; Micin y Bagladi, 2011; Álamo *et al.*, 2017).

Lo anterior ha llevado a que exista una atención especial a temas de salud mental universitaria, concentrándose primariamente en trastornos depresivos y luego en temas relacionados como la conducta suicida. Por ejemplo, a partir de los resultados de la primera Encuesta de Salud Mental Universitaria en estudiantes chilenos aplicada en el año 2018 (Barrera-Herrera y San Martín, 2021), se puede indicar que un 46% de la muestra presentó síntomas depresivos, sin diferencias significativas según sexo. Por otro lado, la novena Encuesta Nacional de la Juventud 2018 al considerar diferencias de género también en universitarios (Crockett y Martínez, 2021), encontró diferencias notables en las cifras de sintomatología depresiva entre aquellos que se consideraban dentro de la comunidad LGBTQ+ y los jóvenes cisgénero, siendo mucho más alta en los primeros (40,7% vs. 20,6%).

Los cuadros depresivos han sido materia de interés toda vez que, de acuerdo a datos de la OMS, son el principal factor que influye en discapacidad psíquica y en las muertes por suicidio; siendo el suicidio, además, la segunda causa principal de muerte a nivel mundial en personas entre los 15 y 29 años (OMS, 2004; Elov, 2022; O'Neill *et al.*, 2018). La Encuesta Mundial de Salud Mental mostró que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, debido fundamentalmente al impacto que provocan tanto a nivel social, como en los propios quehaceres de la vida cotidiana aumentando considerablemente el gasto público que debe ser destinado al tratamiento de estos pacientes (Wagner *et al.*, 2012).

El suicidio al ser una conducta social voluntaria asociada al acercamiento individual de un individuo a una crisis psicológica o pérdida del sentido de la vida vivida en todas sus formas de expresión tanto internas (intención, plan pensado) como externas (intento de asesinato) se transforman en

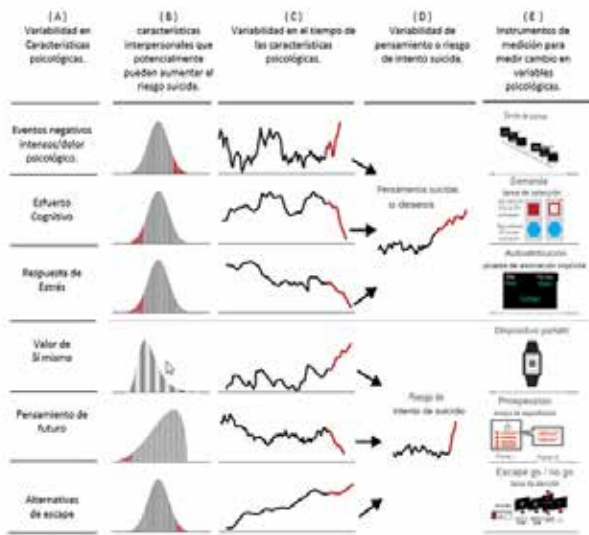
un tema de interés, puesto que en muchos casos a diferencia de otros temas no existe un historial que permita planificar el desarrollo de una patología determinada, sino que se manifiesta e interrumpe de forma abrupta la vida (Elov, 2022).

El tema de fondo es que el estudio de factores involucrados en la conducta suicida, así como la interacción que se da entre estos factores, resulta un tema de interés investigativo y se transforma en un problema importante de abordar a la hora de poder avanzar en programas de prevención de la CS en grupos como la adolescencia y la adultez emergente que se han ido convirtiendo en edades vulnerables para la presencia o manifestación de esta conducta (Tarchi *et al.*, 2021). Bajo esta mirada existe la necesidad de observar e intervenir considerando el fenómeno como multidimensional donde las disciplinas puedan aportar en un trabajo colaborativo para enfrentarlo potenciando sus intervenciones (Véliz *et al.*, 2022; Véliz, 2020).

## **Factores asociados a la conducta suicida**

Según Millner *et al.*, (2020) un principio organizativo que puede poner orden en la larga lista de factores de riesgo implicados en los pensamientos y comportamientos suicidas es trabajar a partir de la suposición de que el suicidio resulta de la interacción dinámica de múltiples procesos evolutivamente adaptativos y que se pueden analizar de acuerdo al comportamiento de ciertos componentes considerando manifestaciones interpersonales o intrapersonales y de cómo ellas influyen de menor o mayor forma en la presentación de conductas suicidas. En la figura 1 se presenta un modelo de análisis creado por este autor que puede ayudar a identificar supuestos o temas de investigación relevantes en la comprensión de la conducta suicida.

**Figura 1 . Enfoque para seleccionar componentes que aportan al estudio de la conducta suicida (Millner *et al*, 2020)**



Fuente: Millner et al, 2020

Respecto de la Figura 1, existen investigaciones que indican que ciertos eventos negativos en algunas personas provocan una experiencia subjetiva de mayor dolor psicológico (tristeza, soledad, ansiedad, desesperanza) y han demostrado que las personas con pensamientos/comportamientos suicidas tienden a informar niveles más altos de esas experiencias, lo mismo ocurre con formas en que se maneja el estrés, la autoestima o valoración de sí mismo, la proyección de vida y la existencia de mecanismos de abordaje o alternativas de escape, esta variabilidad de características psicológicas (A) se comportan de una forma en el grupo (B) lo que genera una cierta experiencia en la persona(B) manifestando expresiones de la conducta suicida (D). A su vez indica la importancia de establecer mecanismos de medición de variabilidad de los componentes previamente identificados. Este enfoque es prometedor en cuanto propone conceptualizar el

suicidio como resultado de la interacción de disfunciones en múltiples dominios evolutivamente adaptativos. La columna A contiene construcciones de muestra de dominios adaptativos. Por ejemplo, es adaptativo para experimentar dolor físico y psicológico; sin embargo, las personas en el extremo superior de la distribución con tendencia a experimentar dolor psicológico tendrán un riesgo elevado de suicidio en general (B), y especialmente durante los períodos en que el dolor es especialmente elevado (C). (Millner *et al.*, 2020)

El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los estudiantes universitarios (Bornheimer *et al.*, 2022; Mortier *et al.*, 2018), además de ello, resulta preocupante ver la alta frecuencia en que jóvenes que estudian distintas carreras y disciplinas evidencian cortes en sus brazos o piernas, reportan consumo indiscriminado de medicamentos y sustancias, o manifiestan una serie de expresiones de la conducta suicida. Una subpoblación de jóvenes particularmente vulnerable al desarrollo de pensamientos y conductas suicidas son estudiantes universitarios (O'Neill *et al.*, 2018)

Podríamos entender que la presión ejercida por consolidar una decisión vocacional clara, establecer un proyecto de vida, rendir académicamente y contar con la valoración necesaria para demostrar ser una persona competente son hitos del desarrollo para la edad universitaria (Harvell-Bowman *et al.*, 2022) que llevan a pensar que las sensaciones de presión social, ansiedad o síntomas depresivos son parte de lo esperable y no se logra advertir que la sensación emocional tiende a patologizarse y ser disruptiva para el funcionamiento habitual del adolescente universitario, por lo que tiene a normalizarse y no pedir ayuda.

Salcedo *et al.*, (2022) indica que todas estas manifestaciones deben ser una alerta para las instituciones de educación superior que deben identificar estas acciones de descarga afectiva más aún cuando estas conductas de auto daño están vinculadas a ideación suicida con o sin intención de muerte, intentando establecer una pesquisa temprana de estos intentos para poder generar acciones que sean efectivas.



Muchas veces la presencia o manifestación de la conducta suicida no necesariamente es informada o canalizada a los sistemas universitarios de salud, debido al temor a ser estigmatizados y perder cierto estándar de anonimato dentro del campus, además de lo anterior existen otras razones que desincentivan la notificación de la conducta suicida y que están relacionadas con la negación de un posible trastorno en la salud mental, la percepción de que no se necesita tratamiento, la percepción de la remisión automática, la preferencia del autocuidado, la falta de tiempo o la incertidumbre sobre dónde obtener ayuda profesional (Bornheimer *et al.*, 2022).

Un metaanálisis reciente desarrollado por Mortier *et al.*, (2018) logró revisar 634,662 casos en los que logró extraer como resultado que uno de cada cuatro estudiantes universitarios experimenta ideación suicida. Ahora bien, de los que experimentaron ideación suicida, la mayoría (65%) informó que tuvieron estos pensamientos en los doce meses anteriores a la evaluación y casi el 3% de los estudiantes informaron haber intentado suicidarse en los doce meses previos a la evaluación. En concordancia con este estudio Liu *et al.*, (2017) informa que los intentos de suicidio anteriores se han documentado como uno de los factores de riesgo más alto para otro intento de suicidio, existe un 20 % de intentos de suicidio que se presenta después de un intento de suicidio previo, lo que podría ser un antecedente relevante de atender a la hora de trabajar en la prevención de nuevos intentos de suicidio o de un suicidio consumado.

Los análisis de los factores de riesgo, de protección y de desarrollo que conducen a un intento de suicidio pueden mejorar nuestra comprensión de las conductas suicidas y apoyar los procesos comprensivos que llevan a observar la vida de adolescentes y adultos jóvenes, así como de estudiantes universitarios, que vivencian altos niveles de tensión afectiva y emocional que no siempre logra ser canalizada de una forma efectiva y denota trastornos de salud mental y conductas suicidas, por lo mismo el estudio en este tema puede ofrecer in-

formación valiosa que podría ayudar a prevenir más intentos de suicidio (Lew *et al.*, 2021).

## **Desafíos para el trabajo con estudiantes universitarios en el área de salud mental**

Trabajar con estudiantes universitarios en el área de salud mental presenta varios desafíos. Entre ellos pueden mencionarse:

1. **Estigma:** A pesar de los progresos en el entendimiento de la salud mental, aún persiste un marcado estigma relacionado con la búsqueda de ayuda para cuestiones de salud mental. Los estudiantes pueden sentir temor de ser criticados por sus pares, profesores o familiares.
2. **Acceso a servicios:** Si bien las universidades suelen proporcionar servicios de salud mental o de bienestar, estos pueden estar sobrepasados o no ser suficientes para cumplir con las necesidades de todos los estudiantes. Además, los estudiantes pueden desconocer cómo hacer uso de estos servicios o pueden enfrentar obstáculos para hacerlo, como el costo o la ubicación.
3. **Detección y diagnóstico:** Los problemas de salud mental pueden ser complejos de detectar y diagnosticar, sobre todo en una población tan amplia y variada como la de los estudiantes universitarios. Los síntomas pueden ser sutiles o pueden confundirse con el estrés normal de la vida universitaria. Además, si los equipos no cuentan con la experiencia y formación necesaria, las intervenciones muchas veces se vuelven limitadas e incluso iatrogénicas provocando una mayor desconfianza en la labor de los equipos universitarios.
4. **Falta de educación y conciencia:** Muchos estudiantes universitarios no están suficientemente informados acerca de la salud mental. Pueden no comprender

qué es la salud mental, por qué es importante, o cómo cuidar de su propia salud mental.

5. Diversidad de la población estudiantil: Los estudiantes universitarios constituyen un grupo diverso, con un amplio rango de orígenes, experiencias y necesidades. Esto puede dificultar proporcionar servicios de salud mental que sean apropiados y eficaces para todos los estudiantes.
6. Prevención y promoción de la salud mental: Además de tratar los problemas de salud mental existentes, también es crucial trabajar para prevenir problemas de salud mental y fomentar la salud psicológica en general. Esto puede ser un reto, ya que requiere un enfoque proactivo y a menudo involucra cambiar las actitudes y comportamientos de los estudiantes. Pero además generar una cultura Universitaria que involucre a todos sus estamentos en la promoción de entornos de salud integral.
7. Transiciones: La universidad es un periodo de grandes cambios y transiciones, lo que puede generar estrés y puede incrementar el riesgo de problemas de salud mental. Asistir a los estudiantes a manejar estas transiciones puede ser un reto.
8. Coordinación con otros servicios externos al mundo universitario: Los estudiantes universitarios con problemas de salud mental a menudo requieren una variedad de servicios, incluyendo orientación, medicación, apoyo académico y alojamiento. Coordinar todos estos servicios puede ser complicado y desafiante. Para esto se requiere que los profesionales conozcan los servicios e instituciones de su comunidad y se vinculen con ellas, de forma que los y las estudiantes puedan recibir una adecuada orientación de dónde acudir, y tener un circuito virtuoso de derivación-atención-retroalimentación de los apoyos recibidos, evitando con esto acciones superficiales o sobre intervenciones.

## Conclusión

El bienestar psicológico de los estudiantes en el ámbito universitario es una cuestión de suma importancia que requiere una intervención urgente. Los datos muestran una elevada presencia de enfermedades mentales y conductas suicidas entre los estudiantes. Este problema puede ser atribuido a diversas causas, incluyendo la presión académica, las demandas sociales, la falta de apoyo y la insuficiencia de servicios de salud mental efectivos y asequibles en las instituciones de educación superior. Es esencial que estos centros identifiquen y manejen estos asuntos, brindando recursos y apoyo a los estudiantes que lidian con problemas de salud mental. De igual manera, es crucial promover la conciencia y la educación en salud mental para reducir el estigma asociado y promover la búsqueda de ayuda. Finalmente, invertir en la salud mental de los jóvenes no es solo una cuestión de bienestar individual, sino también una inversión en el futuro de nuestra sociedad.

La salud mental de los estudiantes universitarios es un tema que ha sido descuidado durante un tiempo excesivo. Según la Organización Mundial de la Salud, la mitad de todas las enfermedades mentales se manifiestan a los 14 años, pero la mayoría de los casos no son detectados o tratados. Las universidades, como ambientes donde los jóvenes pasan una gran cantidad de su tiempo, tienen la obligación de jugar un papel activo en la promoción de la salud mental. En primer lugar, las universidades deben ofrecer servicios de salud mental asequible y eficiente.

Esto engloba la presencia de consejeros, profesionales de psicología y de salud integral en el campus, así como la implementación de políticas que promuevan una adecuada salud psicológica, como la flexibilidad en los procesos académicos en situaciones de crisis de salud mental. Además, las universidades deben invertir en la formación y concienciación en salud mental. Esto implica proporcionar a los estudiantes y al personal las herramientas para reconocer los

síntomas de las enfermedades mentales y saber cómo actuar. Además, se deben implementar programas educativos para disminuir el estigma relacionado con las enfermedades mentales, que a menudo puede ser un impedimento para que los estudiantes busquen ayuda.

Finalmente, se deben promover una cultura de bienestar. Esto puede ser logrado a través de la promoción de grupos de apoyo entre pares, así como a través de políticas que promuevan la inclusión y la diversidad. Invertir en la salud mental de los estudiantes universitarios no es solo una cuestión de bienestar personal. Los estudiantes son el futuro de nuestra sociedad, y su salud mental afecta directamente su capacidad para aprender, crecer y contribuir a la sociedad. Por lo tanto, garantizar su bienestar psicológico es una inversión en el futuro de nuestra sociedad.

En conclusión, la salud mental de los estudiantes universitarios es un tema que requiere atención inmediata. Las universidades tienen la responsabilidad de proporcionar servicios de salud mental, promover la formación y la concienciación, y fomentar un ambiente de apoyo. Al hacerlo, no solo están mejorando el bienestar de sus estudiantes, sino también invirtiendo en el futuro de nuestra sociedad.

## Bibliografía

**Acosta, Y., Monroy, G., Alvear, R., & Meneses, S. (2019).**

¿Qué afecta más al estudiante universitario, vivir solo o en una familia disfuncional? *Enfermería Investiga*, 4(2), 3-7. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/512>

**Akpınar Aslan, E., Batmaz, S., Yildiz, M., & Songur, E. (2020).**

Suicide attempts in Turkish university students: The role of cognitive style, hopelessness, cognitive reactivity, rumination, self-esteem, and personality traits. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(4), 579-601.

**Álamo C, Bejert T, Bagladi V, Cárcamo N, San Martín D, Fischer M. (2017).**

Perfil integrativo de pacientes de salud mental atendidos en el Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa* [en línea]; 9, 9-20. Disponible en: [https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2018/03/AcPI\\_2017.pdf](https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2018/03/AcPI_2017.pdf)

**Aragón, Milton; Véliz Burgos, Alex; D'armas-Regnault, Mayra; Gallegos Ruiz Conejo, Ada. (2018).**

La ciudad y los rostros del otro: el bienestar humano en un contexto metropolitano. En *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 23, n°83. 58-65

**Ardiles-Irarrázabal, R. A., Alfaro-Robles, P. A., Díaz-Manchilla, I. E., & Martínez-Guzmán, V. V. (2018).**

Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan*, 18(2), 160-170.

**Arrieta Vergara K, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. (2014).**

Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clin Med Fam* [Internet]; 7(1): 14-22. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2014000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003&lng=es).

**Auerbach R, Alonso J, Axinn W, Cuijpers P, Ebert D, Greif Green J, etc al. (2016).**

Mental disorders among college students in the WHO world Mental Health Suveys. *Psychol Med* [en línea].; 46(14):2955-2970. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5129654/pdf/nihms830521.pdf>

**Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., & Dittus, P. (2014).**

Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>

**Barrera, M. L., & Flores, M. M. (2020).**

Apoyo social percibido y salud mental positiva en hombres y mujeres universitarios. Voces y Silencios. *Revista Latinoamericana de Educación*, 11(2), 67-83.

**Barrera-Herrera, A., y San Martín, Y. (2021).**

Prevalencia de Sintomatología de Salud Mental y Hábitos de Salud en una Muestra de Universitarios Chilenos. *Psykhé* (Santiago), 30(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhé.2019.21813>

**Benavides, V., Villota, N., y Villalobos, F. (2019).**

Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3). <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>

**Bennetts, M. T. I., Ramos, R. A. E., Machado, I. B., González, A. S., & Villegas, J. F. (2018).**

Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media superior. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS*, 7(13), 100-124. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6685151>

**Blanco, C. (2020).**

El suicidio en España. *Revista De Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>

**Bornheimer, L. A., Czyz, E., Koo, H. J., Verdugo, J. L., Eisenberg, D., Zheng, K., ... & King, C. A. (2022).**

Suicide risk profiles and barriers to professional help-seeking among college students with elevated risk for suicide. *Journal of psychiatric research*, 152, 305-312. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.028>

**Castillo Patton, A. E. (2022).**

Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *Gestión Y Análisis De Políticas Públicas*, (28), 6-26. <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>

**Crockett, M.A, Martínez, V: (2021).**

Síntomas depresivos, ideación suicida y consumo de sustancias en jóvenes LGBT+ en Chile: análisis de la 9° *Encuesta Nacional de Juventud* [internet]. Santiago: Instituto Nacional de Juventud, 2021: 158-177. Disponible en: [https://www.imhay.org/wp-content/uploads/2021/03/Crockett-y-Mart%C3%ADnez-2020-SM-j%C3%B3venes-LGBT\\_Injuv.pdf](https://www.imhay.org/wp-content/uploads/2021/03/Crockett-y-Mart%C3%ADnez-2020-SM-j%C3%B3venes-LGBT_Injuv.pdf)

**Cuenca-Robles, N. E., Robladillo-Bravo, L. M., Meneses-La Riva, M. E., & Suyó-Vega, J. A. (2020).**

Salud mental en adolescentes universitarios latinoamericanos: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(6), 689-705.

**Dörner Paris, A. P. (2021).**

Seguir Comunicándonos en tiempos de Pandemia. *Salud y bienestar Colectivo*, 5(1), 1-4. Recuperado a partir de <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/116>

**Elov, Z. S. (2022).**

Suicide as a global problem facing humanity. *Science and Education*, 3(2), 1247-1252.

**Francisco-Carrera, Francisco José, & Véliz-Burgos, Alex. (2020).**

Education, Generosity, Ecology and Silence: Towards an Education for Health and Wellbeing in the Classrooms of the 21st Century. *Revista Costarricense de Psicología*, 39(1), 19-34. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v39i01.02>

**Francisco-Carrera, F. J., Véliz, A., & Carreón, J. (2018).**

Enseñanza y sanación. Una mirada desde una didáctica de raigambre curativa. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 34-40

**García-Carretero, M. Á., Moreno-Hierro, L., Martínez, M. R., Jordán-Quintero, M., Morales-García, N., & O’Ferrall-González, C. (2019).**

Patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. *Enfermería Clínica*, 29(5), 291-296. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.01.003>

**García-Haro, J., García-Pascual, H., González- González, M., Barrio-Martínez, S., y García-Pascual, R. (2020).**

¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*, 37(2), 91-100.

**Gunnell, D., Caul, S., Appleby, L., John, A., & Hawton, K. (2020).**

The incidence of suicide in University students in England and Wales 2000/2001-2016/2017: Record linkage study. *Journal of affective disorders*, 261, 113-120.

**Harvell-Bowman, L. A., Critchfield, K. L., Ndzana, F., Stucker, E., Yocca, C., Wilgus, K., ... & Sullivan, K. (2022).**

Of love and death: death anxiety, attachment, and suicide as experienced by college students. *OMEGA-Journal of death and dying*, 00302228221100636.

**Kim, B., & Kim, Y. (2019).**

Growing as social beings: How social media use for college sports is associated with college students' group identity and collective self-esteem. *Computers in Human Behavior*, 97, 241-249.

**Levi-Belz, Y., Gavish-Marom, T., Barzilay, S., Apter, A., Carli, V., Hoven, C., ... & Wasserman, D. (2019).**

Psychosocial factors correlated with undisclosed suicide attempts to significant others: findings from the adolescence SEYLE study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 759-773. <https://doi.org/10.1111/sltb.12475>

**Lew, B., Osman, A., Chan, C. M. H., Chen, W. S., Ibrahim, N., Jia, C. X., & Siau, C. S. (2021).**

Psychological characteristics of suicide attempters among undergraduate college students in China: a cross-sectional study. *BMC public health*, 21(1), 1-8. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-021-10370-2>

**McLaughlin, JC y Gunnell, D. (2021).**

Muertes por suicidio en estudiantes universitarios en una ciudad del Reino Unido entre 2010 y 2018 - Serie de casos. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42 (3), 171-178. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000704>

**Micin S, Bagladi V. (2011).**

Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica* [en línea]; 29(1), 53-64. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art06.pdf>

**Millner, A. J., Robinaugh, D. J., & Nock, M. K. (2020).**

Advancing the understanding of suicide: The need for formal theory and rigorous descriptive research. *Trends in cognitive sciences*, 24(9), 704-716. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.06.007>

**Mortier, P., Cuijpers, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Demyttenaere, K., Green, J. G., ... & Bruffaerts, R. (2018).**

The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(4), 554-565.



**Obach, A., Cabieses, B., & Carreño, A. (2018).**

Identificando a los adolescentes y jóvenes migrantes para su pertinente abordaje en salud. *Cuad Méd Soc*, 58(4), 41-49

**O'Neill, S., McLafferty, M., Ennis, E., Lapsley, C., Bjourson, T., Armour, C., ... & Murray, E. (2018).**

Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk factors for self-harm and suicidal behaviour in College students in Northern Ireland. *Journal of affective disorders*, 239, 58-65.

**Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2014).**

*Prevención del suicidio: un imperativo global. 2014* Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf)

**Organización Mundial de la Salud. (2004).**

*Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas.* Ginebra: OMS, Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)

**Pérez-Abreu, S., Cuéllar-Álvarez, J., & Ferrer-Lozano, D. (2018).**

Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(4), 500-513.

**Pupo-González, L., Nogueras-Reyes, Y., de-Prada-Justel, M. E., & Labrada-Pupo, D. (2018).**

Salud mental infanto juvenil, características de una problemática actual. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(6 Especial).

**Salcedo, A. S., Burgos, A. V., Pérez, M. A., & Leiva, G. M. (2022).**

Salud mental desde una mirada multidimensional. Una mirada universitaria. Encuentros. *Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico.*, (16), 218-231.

**Sánchez, A. (2019).**

*Habilidades, formación para el trabajo y subempleo juvenil: un enfoque de ciclo de vida.* Grupo de Análisis Para El Desarrollo (GRADE), 1-67.

**Soto, A., Villarroel, P., & Véliz A. (2020).**

Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes Chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3), 672. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>

**Tarchi L, Moretti M, Osculati AMM, Politi P, Damiani S. (2021).**

El riesgo hipocrático: epidemiología del suicidio en una muestra de estudiantes de medicina. *El psiquiátrico trimestral*. 92(2):715-720. DOI: 10.1007/s11126-020-09844-0. PMID: 32895751; IDPM: PMC8110500.

**Véliz A, Cabezas C, Nass J. (2022).**

Ciencias Sociales y Ciencias de la salud: Un nexo imprescindible en la formación holística de profesionales. *Revista de Filosofía*; 39(100): 370 -377.

**Véliz-Burgos, A. (2020).**

Salud y bienestar: un campo multidisciplinario. *Rev 100-Cs*; 6(2): 15-20. Disponible en: <http://100cs.cl/index.php/cs/article/view/178>.

**Veliz Burgos, A., & Apodaca Urquijo, P. (2016).**

Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad*, 3(2), 131-150. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2012.0002.00002>

**Villalobos, A. (2019).**

RELACIONES ROMÁNTICAS EN ADOLESCENTES CHILENOS: Una dimensión emocional necesaria en el desarrollo humano. *Orientación y sociedad*, 19(1), 143-163.

**Villar-Cabeza, F., Esnaola-Letemendia, E., Blasco-Blasco, T., Prieto-Toribio, T., Vergé-Muñoz, M., Vila-Grifoll, M., ... & Castellano-Tejedor, C. (2018).**

Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(3), 104-111.

**Wagner Fernando A., González-Forteza Catalina, Sánchez-García Sergio, García-Peña Carmen, Gallo Joseph J. (2012).**

Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment* [revista en la Internet]; 35 (1): 3-11. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es).

**Wang, M., Kou, C., Bai, W., Song, Y., Liu, X., Yu, W., ... & Li, W. (2019).**

Prevalence and correlates of suicidal ideation among college students: a mental health survey in Jilin Province, China. *Journal of affective disorders*, 246, 166-173.

## **CAPÍTULO 7.**

# **PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE PAZ EN LA UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC**

**MIGUEL ALBERTO GUTIÉRREZ NAVA**  
**ÁNGEL DE LA CRUZ BUSTOS**  
**ANA CRISTINA FLORES MÁRQUEZ**

## **Introducción**

**EN MÉXICO, 70.1 %** de las mujeres de 15 años y más ha experimentado, al menos, una situación de violencia a lo largo de la vida. La violencia psicológica fue la de mayor prevalencia (51.6 %), seguida de la violencia sexual (49.7 %). En el ámbito comunitario es donde viven mayor violencia (45.6%), seguido de la relación de pareja (39.9 %), (INEGI, 2021).

El ámbito escolar es el espacio donde se accede a derechos universales como la educación, el derecho a vivir en condiciones de bienestar y el derecho a un desarrollo integral. Cuando se ejerce violencia contra alguno de los actores en este ámbito, se obstaculiza su desarrollo y su autonomía personal. Esta violencia puede ejercerse por las personas que tienen un vínculo docente, administrativo o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica (INEGI, 2022).

La UNESCO, preocupada por el avance del racismo, la xenofobia y la intolerancia, considera que la educación es esencial para fortalecer los fundamentos de la tolerancia y reducir la discriminación y la violencia (UNESCO, 2012).

Desde hace unos años, en México, la violencia se ha posicionado como uno de los asuntos prioritarios del debate público y de la agenda gubernamental. Alarmantes cifras en torno a los índices delictivos, especialmente relacionados con la actividad del crimen organizado, nos despiertan cada mañana en los periódicos, las redes sociales, la radio y la televisión. Sin embargo, a diferencia de lo que muchos postulan, el problema de la violencia social no radica solo (ni fundamentalmente) en las sangrientas pugnas de cárteles y bandas criminales, por lo que se tiene que poner sobre la mesa el tema de la violencia racial (Montero, J., 2012; Galán, C. A., Tung, I., Tabachnick, A. R., Sequeira, S. L., Novacek, D. M., Kahhale, I., JamalOrozco, N., Gonzalez, J. C., Bowdring, M. A., Boness, C. L., & Bekele, B. M., 2022).

El alto grado de marginación en el que viven millones de habitantes y la ausencia funcional –si no territorial– del Estado en amplias zonas del país, son el caldo de cultivo perfecto para la emergencia de actores que conciben lo público como un botín, cuya captura estaría justificada por la vigencia de orden social injusto y excluyente. Si la escuela es una caja de resonancia que amplifica lo que ocurre más allá de sus muros, es legítimo cuestionarse si las formas y niveles de violencia social se reproducen al interior de los planteles escolares (Del Tronco Paganelli, J. y Madrigal Ramírez, A., 2016; Carlo, G., Knight, G. P., & Davis, A. N., 2022; Simon-Kumar, R., Lewycka, S., Clark, T. C., Fleming, T., & Peiris-John, R., 2022).

Las universidades, como otras instituciones, están inmersas en entornos conflictivos. Por ello, no resulta sorprendente que algunas formas de violencia social se repliquen en su interior. Sin embargo, la violencia escolar no es un simple reflejo de lo que ocurre en la sociedad, es también, a menudo, una institución productora de violencia (Del Tronco Paganelli, J. y Madrigal Ramírez, A., 2016; López-Castedo, A., Álvarez García, D., Domínguez Alonso, J., & Álvarez Roales, E., 2018).

La salud mental como bien público y base para la salud colectiva es crucial y requiere la acción de todas las disciplinas y sectores científicos, políticos, sociales y culturales en

nuestro mundo VUCA (volátil, incierto, complejo, ambiguo). La cultura de paz basada en el amor como filosofía de vida y una forma de bienestar en el mundo es el elemento central más esencial y básico en las comunicaciones humanas que conduce a familias, comunidades, naciones, sociedades y civilizaciones sanas, creativas, florecientes y que funcionan bien. La cultura de paz es una parte esencial de la salud colectiva, ya que sin ella no sería posible es un movimiento mental, social, espiritual y político que inspira la aspiración hacia el espíritu humano global, la mente colectiva y el yo humanista, la salud mental pública y global, el cosmopolitismo y la civilización empática (Jakovljevic M., 2023; García Piceno, Y., Castañeda Duarte, A., Gutiérrez Nava, M.A., Hernández Serratos, D.M., 2024; Garrafa, V., Irrazábal, G., & Manchola Castillo, C. H., 2023).

## **Métodos**

La Universidad Estatal del Valle de Ecatepec es un organismo Público Descentralizado de carácter estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, publicado en “Gaceta de Gobierno” el 11 de enero de 2001; ello, en el marco del convenio de coordinación suscrito entre SEP y el Gobierno del Estado de México para la creación, operación y apoyo financiero de la Institución (Uneve,2023).

Con la UNEVE, el Estado de México incursiona en modelos educativos de vanguardia, congruentes con las necesidades sociales y productivas que contribuyan al desarrollo económico y social de la comunidad, formando profesionistas con alto nivel de competitividad; decisivo para el impulso educativo en la entidad y con una oferta educativa innovadora (Uneve, 2023).

## **Instrumento utilizado**

Cuestionario aplicado fue basado en la construcción de una escala psicométrica propuesta por Dra. Nazira Calleja. En

modalidad de formulario electrónico auto-aplicable con Microsoft Forms (Calleja, 2011).

Para medir la percepción que tienen los estudiantes sobre la cultura de paz se realiza una escala con base a ocho ámbitos, el primer paso consiste en identificar los componentes de la cultura de paz, segundo después se hace una revisión y búsqueda de instrumentos similares, el tercer paso es diseñar un instrumento a través de la revisión de literatura sobre cultura de paz y aspectos relacionados al final se generaron un total 74 *ítems* que son derivados de los atributos de la cultura de paz, con respuestas Totalmente en desacuerdo (1), En desacuerdo (2), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), De acuerdo (4), Totalmente de acuerdo (5). Los reactivos fueron revisados por tres expertos en el tema de cultura de paz (doctores con un enfoque social).

El piloteo del cuestionario se aplicó en dos grupos de sexto semestre con 25 alumnos aproximadamente cada uno, donde el 50% tiene edades entre 21 y 25 años, el cuestionario base se llevó a cabo por dos integrantes del equipo investigador, su duración fue aproximadamente de 20 minutos, cada uno de los estudiantes escaneaba el código QR que contiene el enlace de la encuesta.

El siguiente paso consistió en eliminar aquellos *ítems* que no son de fácil comprensión, redundantes o que no son relevantes. Validez y confiabilidad de consistencia interna se realiza mediante alfa de Cronbach (0.702) y un análisis factorial con la prueba de KMO (0.722) y Bartlett (sig. 000), cuestionario final quedo compuesto de 17 *ítems* y seis factores: equidad, justicia, bienestar, paz, derechos, participación.

## **Validación del instrumento**

Para la validación del instrumento se realizó un muestreo por conveniencia para ello se aplicó en 2 grupos de sexto semestre uno en la licenciatura en Acupuntura Humana Rehabilitatoria y otro en Gerontología, posteriormente se validó la confiabilidad de la escala con Alfa Cronbach, de acuerdo

con Ruiz Bolívar (2015) “Este tipo de confiabilidad permite determinar el grado en que los ítems de una prueba están correlacionados entre sí. Si los diferentes reactivos de un instrumento tienen una correlación positiva y, como mínimo, moderada, dicho instrumento será homogénea”, en ese sentido podemos decir que una prueba con un alto grado de consistencia permite saber el desempeño de un individuo en un ítem, deduciendo como lo harán los demás.

El análisis factorial exploratorio “Es un método único de independencia empleado con el objeto de reducir un gran número de indicadores operativos en un número inferior de variables conceptuales” (Blalock, 1966).

## **Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizó con el software estadístico SPSS Versión 29.0, posterior a una evaluación sobre la pertinencia de los reactivos se realizaron las pruebas de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) para saber si los ítems están estrechamente relacionados.

“La lógica del índice KMO es que, si las variables comparten factores comunes, los coeficientes de correlación parcial deben ser pequeños y por ende los valores de la diagonal de la matriz deben ser elevados, es decir, si es elevada la proporción de coeficientes grandes en la matriz existe mayor interrelación entre las variables”. La interpretación del KMO es similar a otras pruebas de confiabilidad, con un rango de 0 a 1, si se obtiene un valor superior a 0.70 o superior podemos inferir que existe una interrelación satisfactoria (Figura 1).

“El test de esfericidad de Bartlett permite evaluar la hipótesis nula que afirma que las variables no están correlacionadas, para lo cual compara la matriz de intercorrelación de los datos recabados con una matriz de identidad en la que todos los términos de la diagonal son unidades y los demás términos son ceros. Si los resultados obtenidos de dicha comparación resultan significativos a un

nivel  $p < .05$ , se rechaza la hipótesis nula y se considera que las variables están lo suficientemente intercorrelacionadas para realizar el Análisis Factorial Exploratorio” (Pérez, Edgardo R. y Medrano, L., 2010).

#### Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.915
Prueba de esfericidad de Aprox. Chi-cuadrado	18675.612
Bartlett gl	136
Sig	.000

Figura 1. sugiere una interrelación satisfactoria KMO 0.915, Batlett Sig. 0.00 revela que las variables están suficientemente intercorelacionadas.

El método de componentes es usado para la extracción de factores, se usa principalmente para formar combinaciones lineales no correlacionadas. El primer componente muestra la varianza máxima, los siguientes sucesivamente una varianza menor, ello significa (una varianza menor) que no existe una correlación entre estas, por ejemplo, en la pregunta 6 entre el componente 1 (0.647) y 2 (-0.094) indica que no existe una correlación entre ambos.

Merenda (2012) menciona que “el método de componentes principales es considerado uno principales para la reducción de dimensiones principales es más fácil de interpretar que el de ejes principales y tal vez en eso radique su mayor popularidad, particularmente cuando se analiza un conjunto grande de ítems para desarrollar nuevas escalas o inventarios” (Figura. 2).



### Matriz de componente<sup>1</sup>

Componente				
	1	2	3	4
P1 Considero que dentro de mi universidad existe igualdad y equidad.	.705	-.253	.254	.064
P2 Considero que, para desarrollar actividades dentro de mi universidad, existen las mismas oportunidades para hombres y mujeres.	.723	-.196	.172	.246
P3 El trato en mi universidad no es equitativo y justo para todas las personas.	.001	.699	.160	.269
P4 Considero que los derechos son útiles en mi vida.	.585	-.062	-.097	.561
P5 Creo que la paz solamente se consigue con la ausencia de guerra o conflictos armados.	.297	.438	.420	.051
P6 En caso de sentirme violentado (a) dentro de las instalaciones de la universidad, sé a dónde acudir.	.647	-.094	.333	-.159
P7 Me siento seguro (a) dentro de las instalaciones de mi universidad.	.748	-.221	.202	.059
P8 Si tengo algún problema puedo confiar en que las instituciones pueden ayudarme.	.743	-.188	.293	-.143
P9 Los ingresos de mi hogar permiten satisfacer mis necesidades básicas.	.640	.143	-.356	-.133
P10 Considero que el lugar donde vivo es un lugar seguro y me siento tranquilo (a).	.546	.242	-.334	-.368
P11 Actualmente puedo calificar mi estado de salud como bueno.	.644	.111	-.194	-.168
P12 Los eventos bélicos de otros países no nos afectan.	.332	.464	.338	-.395
P13 En mi colonia cuento con todos los servicios básicos como agua, luz, drenaje, seguridad, etc.	.621	.173	-.414	-.074
P14 Conozco claramente cuáles son mis derechos y como ejercerlos.	.703	.092	-.178	.060
P15 Creo que se respetan mis derechos.	.797	-.055	-.009	-.122
P16 Creo que mis derechos se han visto vulnerados en la universidad.	-.004	.745	.024	.216
P17 Considero que participar en las tareas de la comunidad, la familia y la escuela es primordial para mantener el orden y la limpieza de los lugares compartidos.	.632	.027	-.227	.359

Figura 2. Matriz de componente, método de extracción: análisis de componentes principales.

<sup>1</sup> Cuatro componentes extraídos.

## **Consideraciones éticas**

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad que le sujeto de la investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, para el presente estudio, se clasifica como investigación sin riesgo de acuerdo al art. 17 de la Reglamento de la ley general de salud (DOF, 2014).

En esta investigación se aplicaron las máximas de la bioética no maleficencia y obtención de la máxima beneficencia en autonomía: Se les explico los principios de bioética que regirán el protocolo de investigación a cada alumno, la participación de cada uno de ellos fue voluntaria y durante el desarrollo del protocolo el alumno tuvo la libertad de retirarse en el momento que lo desee y se proporcionó información a los alumnos que tuvieron alguna duda sobre el protocolo, presentada durante la investigación, en el aspecto de justicia se contó con especialistas del área de la salud, ciencias sociales y con formación en investigación, que cuentan con los conocimientos necesarios para aplicar e interpretar el cuestionario de una forma óptima (DOF, 2014).

## **Resultados**

El test auto aplicable revela que del total de estudiantes de la UNEVE que responden al corte con fecha del 9 de marzo de 2023 son 2982, de las cuales 2056 (69%) son mujeres, y 926 (31%) hombres (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Total, del universo de participantes en el estudio separados por sexo**



La relación que tienen los estudiantes respecto a considerar que dentro de la UNEVE existe equidad e igualdad, se encontró que 1178 (39.5%) está de acuerdo, 707 (23.7%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 690 (23.1%) totalmente de acuerdo, 241 (8.1%) en desacuerdo y 166 (5.6) totalmente en desacuerdo como se muestra en la (Tabla 1).

**Tabla 1. P1 Considero que dentro de mi universidad existe igualdad y equidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	166	5.6	5.6	5.6
	En desacuerdo	241	8.1	8.1	13.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	707	23.7	23.7	37.4
	De acuerdo	1178	39.5	39.5	76.9
	Totalmente de acuerdo	690	23.1	23.1	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

Como se muestra en la tabla 2, en cuanto a considerar que, para desarrollar actividades dentro de la universidad, existen las mismas oportunidades para hombres y muje-

res, se identifica que 1291 (43.3%) está de acuerdo, 1028 (34.5%) totalmente de acuerdo, 384 (12.9%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 153 (5.1) totalmente en desacuerdo, y 126 (4.2%) en desacuerdo.

**Tabla 2. P2 Considero que, para desarrollar actividades dentro de mi universidad, existen las mismas oportunidades para hombres y mujeres**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	153	5.1	5.1	5.1
	En desacuerdo	126	4.2	4.2	9.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	384	12.9	12.9	22.2
	De acuerdo	1291	43.3	43.3	65.5
	Totalmente de acuerdo	1028	34.5	34.5	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

Con relación a que el trato en la universidad no es equitativo y justo para todas las personas, 841 (28.2%) están en desacuerdo, 654 (21.9%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 632 (21.2%) de acuerdo, 553 (18.5%) totalmente en desacuerdo y 302(10.1%) totalmente de acuerdo, como se muestra en la (Tabla 3).

**Tabla 3. P3 El trato en mi universidad no es equitativo y justo para todas las personas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	553	18.5	18.5	18.5
	En desacuerdo	841	28.2	28.2	46.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	654	21.9	21.9	68.7
	De acuerdo	632	21.2	21.2	89.9
	Totalmente de acuerdo	302	10.1	10.1	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

De acuerdo a considerar que los derechos son útiles en su vida, 1735 (58.2%) está totalmente de acuerdo, 946 (31.7%) de acuerdo, 151 (5.1%) totalmente en desacuerdo, 124 (4.2%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, y 26 (.9%) en desacuerdo, de acuerdo con la (Tabla 4).

**Tabla 4. P4 Considero que los derechos son útiles en mi vida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	151	5.1	5.1	5.1
	En desacuerdo	26	.9	.9	5.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	124	4.2	4.2	10.1
	De acuerdo	946	31.7	31.7	41.8
	Totalmente de acuerdo	1735	58.2	58.2	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

**Tabla 5. P5 Creo que la paz solamente se consigue con la ausencia de guerra o conflictos armados**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	451	15.1	15.1	15.1
	En desacuerdo	659	22.1	22.1	37.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	785	26.3	26.3	63.5
	De acuerdo	702	23.5	23.5	87.1
	Totalmente de acuerdo	385	12.9	12.9	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

Respecto a creer que la paz solamente se consigue con la ausencia de guerra o conflictos armados, 785 (26.3%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 702 (23.5%) está de acuerdo, 659 (22.1%) en desacuerdo, 451 (15.1%) totalmente en desacuerdo, y 385 (12.9%) totalmente de acuerdo, como se muestra en la (Tabla 5).

Se identifica que en caso de sentirse violentado (a) dentro de las instalaciones de la universidad conoce a que ins-

tancias acudir, 1180 (39.6%) está de acuerdo, 612 (20.5%) totalmente de acuerdo, 527 (17.7%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 412 (13.8%) está en desacuerdo, y 251 (8.4%) está totalmente en desacuerdo, como se logra identificar en la (Tabla 6).

**Tabla 6. P6 En caso de sentirme violentado (a) dentro de las instalaciones de la universidad, sé a dónde acudir**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	251	8.4	8.4	8.4
	En desacuerdo	412	13.8	13.8	22.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	527	17.7	17.7	39.9
	De acuerdo	1180	39.6	39.6	79.5
	Totalmente de acuerdo	612	20.5	20.5	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

En relación a sentirse seguro (a) dentro de las instalaciones de la universidad, de acuerdo con la (Tabla 7), 1299 (43.6%) está de acuerdo, 1028 (34.5%) totalmente de acuerdo, 412 (13.8%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 124 (4.2%) en desacuerdo, y 119 (4.0%) está totalmente en desacuerdo.

**Tabla 7. P7 Me siento seguro (a) dentro de las instalaciones de mi universidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	119	4.0	4.0	4.0
	En desacuerdo	124	4.2	4.2	8.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	412	13.8	13.8	22.0
	De acuerdo	1299	43.6	43.6	65.5
	Totalmente de acuerdo	1028	34.5	34.5	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

En cuanto a considerar que si tiene algún problema puede confiar en que las instituciones pueden ayudarlo, 1225 (41.1%) está de acuerdo, 744 (24.9%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 574 (19.2%) está totalmente de acuerdo, 246 (8.2%) en desacuerdo, y 193 (6.5%) totalmente en desacuerdo, en relación con la (Tabla 8).

**Tabla 8. P8 Si tengo algún problema puedo confiar en que las instituciones pueden ayudarme**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	193	6.5	6.5	6.5
	En desacuerdo	246	8.2	8.2	14.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	744	24.9	24.9	39.7
	De acuerdo	1225	41.1	41.1	80.8
	Totalmente de acuerdo	574	19.2	19.2	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

Respecto a que los ingresos de su hogar le permiten satisfacer sus necesidades básicas, 1389 (46.6%) está de acuerdo, 633 (21.2%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 604 (20.3%) está totalmente de acuerdo, mientras que 246 (8.2%) está en desacuerdo, y 110 (3.7%) se encuentra totalmente en desacuerdo, según la (Tabla 9).

**Tabla 9. P9 Los ingresos de mi hogar permiten satisfacer mis necesidades básicas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	110	3.7	3.7	3.7
	En desacuerdo	246	8.2	8.2	11.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	633	21.2	21.2	33.2
	De acuerdo	1389	46.6	46.6	79.7
	Totalmente de acuerdo	604	20.3	20.3	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

De acuerdo a la (Tabla 10), en cuanto a considerar que el lugar donde viven es un lugar seguro y los hace sentir tranquilos, 913 (30.6%) está de acuerdo, 763 (25.6%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 604 (20.3%) está totalmente de acuerdo, mientras que 434 (14.6) está en desacuerdo, y 268 (9.0%) está totalmente en desacuerdo.

**Tabla 10. P10 Considero que el lugar donde vivo es un lugar seguro y me siento tranquilo (a)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	268	9.0	9.0	9.0
	En desacuerdo	434	14.6	14.6	23.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	763	25.6	25.6	49.1
	De acuerdo	913	30.6	30.6	79.7
	Totalmente de acuerdo	604	20.3	20.3	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

Se logra identificar que actualmente pueden calificar su estado de salud como bueno, 1303 (43.7%) está de acuerdo, 711 (23.8%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 568 (19.0%) está totalmente de acuerdo, 259 (8.7) está en desacuerdo, y 141 (4.7%) está totalmente en desacuerdo, según la Tabla 11.

**Tabla 11. P11 Actualmente puedo calificar mi estado de salud como bueno**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	141	4.7	4.7	4.7
	En desacuerdo	259	8.7	8.7	13.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	711	23.8	23.8	37.3
	De acuerdo	1303	43.7	43.7	81.0
	Totalmente de acuerdo	568	19.0	19.0	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	



En relación a la (Tabla 12), a que los eventos bélicos de otros países no les afecta, 1053 (35.3%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 797 (26.7%) está en desacuerdo, 511 (17.1%) está de acuerdo, 413 (13.8%) está totalmente en desacuerdo, y 208 (7.0%) está totalmente de acuerdo.

**Tabla 12. P12 Los eventos bélicos de otros países no nos afectan**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	413	13.8	13.8	13.8
	En desacuerdo	797	26.7	26.7	40.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1053	35.3	35.3	75.9
	De acuerdo	511	17.1	17.1	93.0
	Totalmente de acuerdo	208	7.0	7.0	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

Respecto a que en su colonia cuenta con todos los servicios básicos como agua, luz, drenaje, seguridad, etc., 1325 (44.4%) está de acuerdo, 831 (27.9%) está totalmente de acuerdo, 476 (16.0%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 238 (8.0%) está en desacuerdo, mientras que 112 (3.8%) está totalmente en desacuerdo, según datos de la (Tabla 13).

**Tabla 13. P13 En mi colonia cuento con todos los servicios básicos como agua, luz, drenaje, seguridad, etc**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	112	3.8	3.8	3.8
	En desacuerdo	238	8.0	8.0	11.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	476	16.0	16.0	27.7
	De acuerdo	1325	44.4	44.4	72.1
	Totalmente de acuerdo	831	27.9	27.9	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

En relación con la (Tabla 14), referente a conocer claramente cuáles son sus derechos y el saber cómo ejercerlos, 1533 (51.4%) está de acuerdo, 663 (22.2%) está totalmente de acuerdo, 598 (20.1%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 111 (3.7%) está en desacuerdo, mientras que 77 (2.6%) está totalmente en desacuerdo.

**Tabla 14. P14 Conozco claramente cuáles son mis derechos y como ejercerlos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	77	2.6	2.6	2.6
	En desacuerdo	111	3.7	3.7	6.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	598	20.1	20.1	26.4
	De acuerdo	1533	51.4	51.4	77.8
	Totalmente de acuerdo	663	22.2	22.2	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

Respecto al creer que se respetan sus derechos, 1487 (49.9%) está de acuerdo, 694 (23.3%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 528 (17.7%) está totalmente de acuerdo, mientras que 177 (5.9%) está en desacuerdo y 96 (3.2%) está totalmente en desacuerdo, según datos de la (Tabla 15).

**Tabla 15. P15 Creo que se respetan mis derechos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	96	3.2	3.2	3.2
	En desacuerdo	177	5.9	5.9	9.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	694	23.3	23.3	32.4
	De acuerdo	1487	49.9	49.9	82.3
	Totalmente de acuerdo	528	17.7	17.7	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

Con relación a que creen que sus derechos se han visto vulnerados en la universidad, 920 (30.9%) está en desacuerdo, 786 (26.4%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 632

(21.2%) está de acuerdo, mientras que 408 (13.7%) está totalmente en desacuerdo, y 236 (7.9%) está totalmente de acuerdo, según cifras de la (Tabla 16).

**Tabla 16. P16 Creo que mis derechos se han visto vulnerados en la universidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	408	13.7	13.7	13.7
	En desacuerdo	920	30.9	30.9	44.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	786	26.4	26.4	70.9
	De acuerdo	632	21.2	21.2	92.1
	Totalmente de acuerdo	236	7.9	7.9	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

De acuerdo con la (Tabla 17), referente a que consideran que participar en las tareas de la comunidad, la familia, y la escuela, es primordial para mantener el orden y la limpieza de los lugares compartidos, 1579 (53.0%) está de acuerdo, 802 (26.9%) está totalmente de acuerdo, 456 (15.3%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que 76 (2.5%) está totalmente en desacuerdo, y 69 (2.3%) está en desacuerdo, según datos de la (Tabla 17).

**Tabla 17. P17 Considero que participar en las tareas de la comunidad, la familia y la escuela es primordial para mantener el orden y la limpieza de los lugares compartidos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en des-acuerdo	76	2.5	2.5	2.5
	En desacuerdo	69	2.3	2.3	4.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	456	15.3	15.3	20.2
	De acuerdo	1579	53.0	53.0	73.1
	Totalmente de acuerdo	802	26.9	26.9	100.0
	Total	2982	100.0	100.0	

## Conclusiones

De la participación de 2982 alumnos(a) el 78.1% de los encuestados manifiesta sentirse seguro (a) dentro de las instalaciones de la universidad, el 77.8% consideran que, para desarrollar actividades dentro de la universidad, existen las mismas oportunidades para hombres y mujeres, el 73.6% conoce claramente cuáles son sus derechos y saben cómo ejercerlos, el 73.2% creen que se respetan sus derechos, el 66.9% refiere que los ingresos de su hogar le permiten satisfacer sus necesidades básicas y el 50.9% considera que el lugar donde viven es un lugar seguro y los hace sentir tranquilos, esta información nos permite afirmar que el ambiente escolar donde se forman profesionalmente los participantes del estudio no es generadora de violencia y la institución educativa respeta los derechos de los estudiantes y promueve la equidad e igualdad de condiciones para hombre y mujeres.

Los estudiantes tienen una buena percepción sobre la cultura de paz que es reforzada por aspectos socioeconómicos como lo son ingresos familiares suficientes para satisfacer sus necesidades básicas y vivir en lugares seguros que les generan tranquilidad.

El crear una cultura de paz es fundamental para eliminar, reducir y prevenir la violencia que se construye en torno a la realidad individual y social de cada día; en el futuro, la educación para la paz es un proceso trascendental que permite cambiar las personas y la realidad para que todos asuman la paz en sus relaciones cotidianas.

El reconocimiento de la autonomía permite que todos reconozcan su dignidad humana, ejerzan sus libertades y se fortalezcan en la sociedad, a la vez que fortalecen su capacidad de criticar y combatir todas aquellas acciones que vulneran sus los derechos humanos.

Es importante considerar que la cultura de paz nos permite vivir en comunidad y cordialidad en ambientes escolares, lo que se traduce en una disminución o erradicación de la violencia escolar y la obtención de una de una mejor cali-

dad de vida escolar. Por otro lado, la violencia y los conflictos son grandes obstáculos para la salud pública y el bienestar de las personas. La violencia interpersonal, la guerra y el terrorismo pueden causar lesiones físicas, enfermedades y discapacidades permanentes, así como trastornos psicológicos y emocionales. Las personas que viven en áreas de conflicto también tienen dificultades para acceder a la atención médica y los recursos necesarios para mantener una buena salud.

Por lo tanto, promover la cultura de la paz puede tener un impacto positivo en la salud de las personas, tanto en términos de prevención de la violencia como en la promoción de la justicia social y la igualdad en el acceso a los recursos de salud. La salud y la paz son derechos humanos fundamentales que están interconectados y deben ser promovidos juntos para lograr un mundo más saludable y pacífico.

El presente trabajo nos permite proponer a la salud colectiva como una medida holística de la "salud" general de una comunidad. Definir el bienestar colectivo como un constructo a nivel de grupo e introducir un modelo viable que demuestre cómo las características de la comunidad afectan el bienestar colectivo.

# Bibliografía

**Blalock, H. M. (1966).**

*Estadística Social*. [PDF]. <https://es.scribd.com/doc/316167401/Blalock-Hubert-Estadística-Social>

**Calleja, N. (2011).**

*Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. [PDF] <https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>

**Carlo, G., Knight, G. P., & Davis, A. N. (2022).**

Kindness towards all: Prosocial behaviors to address U.S. Latinx youth social inequities. *Advances in child development and behavior*, 63, 129–148. <https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2022.04.002>

**Del Tronco Paganelli, J. y Madrigal Ramírez, A. (2016).**

Violencia escolar en México: una exploración de sus dimensiones y consecuencias. *Trabajo Social UNAM*, (4), 9–27. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/54048>

**DOF. (2014).**

*Diario Oficial de la federación: reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud* [PDF]. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

**Galán, C. A., Tung, I., Tabachnick, A. R., Sequeira, S. L., Novacek, D. M., Kahhale, I., Jamal-Orozco, N., Gonzalez, J. C., Bowdring, M. A., Boness, C. L., & Bekele, B. M. (2022).**

Combating the Conspiracy of Silence: Clinician Recommendations for Talking About Racism-Related Events With Youth of Color. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(5), 586–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.01.001>

**García Piceno, Y., Castañeda Duarte, A., Gutiérrez Nava, M.A., Hernández Serratos, D.M. (2024).**

Construction of multidisciplinary knowledge and development of socio-emotional skills for meaningful learning in university students: “A methodology to support the teacher in the development of this activity. *International Journal of Rural Development, Environment and Health Research* (IJREH), 8(2), 104-110. <https://dx.doi.org/10.22161/ijreh.8.2.11>

**Garrafa, V., Irrazábal, G., & Manchola Castillo, C. H. (2023).**

Collective health within the framework of global bioethics. La salud colectiva en el contexto de la bioética global. *Salud colectiva*, 19, e4737. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4737> [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf)

**INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021).**

*Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares* (ENDIREH), Consultado el 24/01/2023, en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>

**INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022).**

*Comunicado de prensa núm. 485/22 30 de agosto de 2022*, Consultado el 24/01/2023, en:

**Jakovljevic M. (2023).**

Global mental health enlightenment 2.0 In action for global sustainability, peace and empathic civilization. *Psychiatria Danubina*, 35(4), 471–476. <https://doi.org/10.24869/psyd.2023.471>

**López-Castedo, A., Álvarez García, D., Domínguez Alonso, J., & Álvarez Roales, E. (2018).**

Expressions of school violence in adolescence. *Psicothema*, 30(4), 395–400. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.130>

**Merenda, P. (2012).**

*Restoring Washed Out Bridges so Elearners Arrive at Online Course Destinations Successfully*. [PDF]. [https://www.scrip.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=539033](https://www.scrip.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=539033)

**Montero, Juan Carlos. (2012).**

La estrategia contra el crimen organizado en México: análisis del diseño de la política pública. *Perfiles latinoamericanos*, 20(39), 7–30. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018876532012000100001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018876532012000100001)

**Pérez, Edgardo R. y Medrano, Leonardo. (2010).**

*Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas*. [PDF]. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3161108.pdf>

**Ruiz Bolívar, Carlos. Confianza. (2015).**

*Programa Interinstitucional Doctorado en Educación*. [PDF]. <https://dooplayer.es/57955528-Programa-interinstitucionaldoctorado-en-educacion-confianza.html>

**Simon-Kumar, R., Lewycka, S., Clark, T. C., Fleming, T., & Peiris-John, R. (2022).**

Flexible resources and experiences of racism among a multi-ethnic adolescent population in Aotearoa, New Zealand: an intersectional analysis of health and socioeconomic inequities using survey data. *Lancet* (London, England), 400(10358), 1130–1143. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01537-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01537-9)

**UNESCO, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2012).**

*Cultura de Paz y No Violencia*, consultado el 26/01/2023, en: <https://es.unesco.org/themes/programas-programas-construir-paz>

**UNEVE, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. (9 de marzo de 2023).**

*Acercas de la uneve: Antecedentes*. [https://www.uneve.edu.mx/acercas\\_uneves/antecedentes.php](https://www.uneve.edu.mx/acercas_uneves/antecedentes.php)





## **CAPÍTULO 8.**

# **HABLAR A LAS MUJERES O ESCUCHARLAS: ENTENDIENDO EL TERRITORIO PARA LA CO-CONSTRUCCIÓN DE REDES PROTECTORAS QUE PREVENGAN LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO E INTRAFAMILIARES**

**CIELO REBECA MARTÍNEZ REYES**

## **Introducción**

**¿CÓMO ENTENDER EL** territorio para prevenir la violencia de género e intrafamiliar? ¿Hablando a las mujeres o escuchándolas?

En el mundo, alrededor de 736 millones de mujeres, es decir, una de cada tres, han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja, de otras personas o de ambas, al menos una vez en su vida (el 30% de las mujeres de 15 años o más). En ellas, las tasas de depresión, trastornos de ansiedad, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y VIH son más elevadas, al igual que otros problemas de salud que pueden perdurar una vez que ha cesado la violencia. (Organización Mundial de la Salud, 2021); no obstante, menos del 40% de estas víctimas buscan algún tipo de ayuda en las instituciones de salud, protección o justicia (Organización Mundial de las Naciones Unidas, 2023), y dentro de las razones para permanecer en silencio, argumentan que “se trató de algo sin importancia que no le afectó” y “porque

estas eran o son las costumbres”, con lo que se colige que se naturaliza y normaliza las situaciones de violencia de las que han sido víctimas. (Evangelista, 2019).

El panorama en Colombia no es mejor, porque de acuerdo con el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), en su Revista Forensis, en 2022, se reportaron más casos de lesiones por violencia física que en los dos años anteriores y las mujeres fueron las más afectadas, con un 59,50% de los eventos (12.221) en todos los cursos de vida. Por ejemplo, en las niñas y adolescentes mujeres se confirmó una tasa de 46,45 casos por cada 100.000 habitantes.

Haciendo una aproximación al contexto antioqueño, el Análisis de la Situación de Salud departamental (ASIS, 2022), devela que hubo 16.689 casos sospechosos de violencia intrafamiliar, de género y sexual; estos se distribuyeron así: violencia física 7.718 casos, violencia psicológica 2.177 casos, negligencia y abandono 648 casos y violencia sexual, 6.146 casos; la mayoría en mujeres. De manera inquietante, la violencia sexual fue más frecuente entre los 10 y 19 años con un 51%, seguido del grupo escolares (5 a 9 años) con un 15% de los casos (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2022); a lo que se suma 1'518.814 víctimas del conflicto armado con ubicación en el departamento, de las cuales el 47% son mujeres.

En lo que respecta al municipio de Bello, este enfrenta una compleja amalgama de desafíos en cuanto a las violencias de género e intrafamiliares, no solo en el entorno de los hogares, sino también en el comunitarios. Así lo corrobora el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), en el que cada vez se notifican más casos: en 2022, 1373 (1086 en mujeres) y en 2023, 1561 (1284 en mujeres); mientras que el IMLCF, informa que la tasa de lesiones no fatales por violencia en niñas y adolescentes es de 53,76 por 100.000 habitantes; y de 61,56 por cada 100.000 habitantes en mujeres adultas mayores para 2022, por encima de la tasa del departamento (49,01 y 39,33 por cada 100.000 habitantes, respectivamente); cifras que ascienden con las mujeres lesionadas

por sus parejas o exparejas sentimentales (Tasa: 111,32 por 100.000 habitantes); y las que han padecido de agresiones sexuales (54,03 por 100.000 habitantes) (IMLCF, 2022).

Congruente con lo anterior, se ha evidenciado durante los tres años de funcionamiento de la Línea de Atención 123 Mujer Metropolitana, que brinda asesoría y acompañamiento a mujeres violentadas, registró, que el mayor número de llamadas de auxilio provienen de Bello: En 2020, 43.9%; en 2021, 38,5%; el 2022, 37,3%; y en 2023, 38,6%. Es decir, de los 16532 casos atendidos en los 125 municipios de Antioquia, 6439 (38,9%), corresponden a mujeres residentes en Bello; y, 232 de ellos, han sido considerados como casos críticos, con alto riesgo de feminicidio. (Línea 123 Metropolitana, Boletín N°12, 2023).

El anterior, fue el retador panorama que encontré al iniciar mi labor como funcionaria pública de la Alcaldía de Bello en la Secretaría de Salud, donde me encomendaron iniciar el Programa de Convivencia Social y Salud Mental, teniendo como brújula el Modelo de Atención Primaria en Salud que debía llegar a 569.488 habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2018)

## **El territorio Bellanita**

El municipio de Bello, que, en extensión geográfica ocupa el segundo lugar en el departamento de Antioquia tiene 21 asentamientos humanos informales, en los que se pueden observar todas las formas de inequidad: ausencia de servicios públicos básicos como agua potable y alcantarillado; inadecuadas vías de acceso; carencia de vivienda digna; pocas oportunidades de empleo y educación formal. Además, son escenarios de riesgo de incendios dado que los materiales usados para la construcción de las viviendas son inflamables y las redes eléctricas son tomadas de manera irregular; deslizamientos e inundaciones, por cuanto se localizan en cercanías de quebradas; enfermedades infecciosas por el manejo inadecuado de aguas residuales e inexistencia de agua apta para el

consumo humano. (Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, 2023). Tales características, son el reflejo de la desigualdad, la exclusión y bajos índices de calidad de vida, y por ende se convierten al municipio, no solo en un receptor de pobreza, sino en un reproductor de la misma (Muñoz, 2028), y son los ingredientes propicios para la proliferación de todos los tipos de violencia: interpersonal, intrafamiliar, escolar, laboral, institucional, física, psicológica, económica, abandono, estigma, homicidios, feminicidios y hasta la violencia del sistema de salud. (Rodríguez, Licona & Véliz, 2023)

Centré mi atención en la Comuna 7, llamada Niquía Camacol, territorio de unos 35 mil habitantes, entre los cuales se encuentran personas que nacieron en él, pero también personas desplazadas de otras latitudes del país por el conflicto armado y migrantes procedentes de Venezuela principalmente, sobre todo en el sector llamado Altos de Niquía, considerado uno de los 21 asentamientos humanos informales del municipio.

Por supuesto, inicié la tarea documentándome con la información que consideré útil, desde el paradigma biomédico en el que fui formada y he practicado por muchos años; así, que la epidemiología tradicional y sus datos estadísticos plasmados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Colombia (SIVIGILA), fueron el sustrato con el que comencé a planear estrategias de intervención para la comunidad, diseñadas desde mi escritorio, teniendo como objetivo, analizar las causas, los factores de riesgos y protectores relacionados con la violencia de género e intrafamiliar, tomando los referentes que ofrece el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica del (Instituto Nacional de Salud, 2022). En él, se establece que las violencias son una problemática de salud pública por cuanto, producen graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos; alude también a la inevitable cuantificación de la población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; y este, es precisamente el argumento utilizado

como evidencia de que este fenómeno es un asunto social urgente de abordar desde el Estado, a través de un sinnúmero de normas y políticas, con las que se presume, se da un manejo integral a una problemática evitable de causas culturales y sociales, y no biológicas y hereditarias. (INS, 2022).

## **Rehabilitación Basada en la Comunidad, desde la Salud Pública y sus determinantes sociales para la prevención de violencias**

Al intentar traducir el panorama anteriormente esbozado, las violencias, son un evento de interés en salud pública porque existe en el contexto, situaciones de riesgo externas a la persona, que, al entrar en contacto con ellas, producen daños que son cuantificados en función de años de vida perdidos, número de víctimas; y, por tanto, deben ser atendidas por el Estado, con directrices que, si bien son necesarias desde una de las aristas del problema, anulan el saber, la percepción y sentir de los afectados. Así las cosas, el mismo documento, otorga responsabilidades en varios niveles: Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; Secretarías Departamentales y Distritales de Salud; Secretarías Municipales y Locales de Salud; y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, recomendando la articulación entre ellas (INS, 2022), en beneficio de la comunidad sin escuchar su voz.

En consonancia, diversas guías, protocolos y estudios sobre la prevención de las violencias educan a la población con respecto a factores de riesgo culturales y vinculares como el consumo de alcohol, la ira y la dificultad para manejarla, sustancias alucinógenas, desempleo, dificultades laborales, celos y conflictos de pareja, entre otros. (Rodríguez, Echeverría, Alamilla, & Trujillo, 2018) (Mayor & Salazar, C. 2019).

Al mismo tiempo, se ofrecen orientaciones para potencializar factores protectores: habilidades socioemocionales; desarrollo de relaciones sanas en la familia; propiciar la independencia, el respeto y la comprensión; establecer límites

y roles en los miembros de la familia; relaciones afectivas; educar en valores; y mayor presencia de la familia en la escuela. (Molina, E. 2021) (Rodríguez, Echeverría, Alamilla, & Trujillo, 2018), que sin lugar a dudas son necesarios para la convivencia pacífica.

Con todo lo anterior en mente, y creyendo tener claridades sobre cómo planear e implementar acciones en la comunidad para prevenir las violencias de género e intrafamiliares; y, con la convicción de que si los más afectados con las violencias, según los datos estadísticos antes mencionados, eran los niños y niñas menores de 17 años de edad, emprendí un viaje por la literatura científica, en busca de intervenciones efectivas desde la evidencia que me permitieran aterrizar la Atención Primaria en Salud a los colectivos.

De esta forma, hallé una estrategia denominada Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), exitosa para la reducción de inequidades, que propicia el desarrollo comunitario, la igualdad de oportunidades e inclusión social, lo que impacta de manera positiva sobre la calidad de vida de las personas (principalmente sobre la autoestima, el empoderamiento y la autonomía personal). OMS (2010). Ha sido utilizada en colectivos con personas con discapacidad (Guajardo-Córdoba *et al.*, 2015), pero también en personas con diagnóstico de epilepsia (Van Diessen *et al.*, 2018) y esquizofrenia; mientras que, acercan la atención a los espacios naturales de los habitantes de un territorio, reducen el estigma y las barreras de acceso a los servicios sociales y de salud (León, 2022); además, enfoques comunitarios para cambiar las normas desiguales de género, estrategias para el empoderamiento económico de las mujeres, programas en las escuelas para prevenir el maltrato de los niños, que son precisamente requisitos indispensables para el abordaje de la prevención de violencias. (Resolución 4886 de 2018), (Ordenanza 50 de 2022) y (Acuerdo 006 de 2023)

Con este enfoque segmentado y dada la urgencia de contener y reducir un problema que ha crecido de manera exponencial, lo analice bajo una perspectiva mecanicista a través

de una de sus partes, es decir, la causalidad más superficial y por ello la más evidente y la que todos intentamos intervenir. Hasta ese momento no sospechaba la complejidad de la determinación social que lleva a comportamientos violentos enraizados en la cultura y la convivencia, ni reflexionaba sobre la RBC, como una forma de escuchar, validar y tomar la palabra de quienes padecían y sufrían en carne propia de manera individual y colectiva comportamientos crueles: las mujeres.

De la misma forma, estudié e implementé las llamadas redes protectoras comunitarias, como una forma de aplicar la RBC y bajar el conocimiento científico a las personas no necesariamente formadas en salud, sobre la prevención de las violencias domésticas, con lo cual, junto con un equipo humano conformado por psicólogos, trabajadores sociales y yo, enfermera, implementamos siete redes protectoras en igual número de instituciones educativas públicas, siguiendo la metodología recomendada y probada por la ciencia.

Si bien es cierto, esto fue recibido con interés por quienes eran intervenidos: estudiantes, padres de familia y profesores; el protocolo fue desarrollado con rigurosidad; y hasta podría afirmar que era necesaria su aplicación para acercar los servicios de salud y sociales a quienes los demandaban; también es cierto que, tal como se llevaba a cabo era insuficiente, pues un problema tan complejo y polisémico como las violencias, se intentó resolver bajo un esquema reduccionista, y, pensándolo bien ahora, simplista, soberbio y hasta ingenuo que no se retroalimentaba de los saberes de quienes en ese momento solo eran objetos de las acciones llevadas a cabo en la comunidad escolar, siguiendo, como lo afirma (Villasana, 2007) comportamientos erráticos y divorciados de la realidad del municipio de Bello, siguiendo políticas de salud cimentadas en el paradigma de la Salud Pública tradicional.

Avancé siguiendo este mismo camino hacia la empresa de formar ahora, una red protectora comunitaria en una comuna donde residen en su mayoría mujeres, que, además

de ser unas, víctimas del conflicto armado y otras migrantes, también lo han sido de la violencia intrafamiliar y de género.

## **Repensar la Rehabilitación Basada en la Comunidad, desde la Salud Colectiva y la determinación social en la prevención de las violencias**

El enfoque del trabajo que llevaba hasta el momento cambió drásticamente al adentrarme en el estudio de un paradigma, hasta ahora no desconocido del todo, pero sí incomprendido: el de la Salud Colectiva, desde una aproximación epistemológica, pues a través de ella, se logra un avance importante en comprensión del proceso de salud-enfermedad, más allá de la cuantificación estadística de factores de riesgo que han de ser intervenidos en el individuo para prevenir eventos que afecten su equilibrio, y factores protectores que favorecen la salud; lo que permite contribuir al entendimiento de las complejidades de un territorio, el cual no se circunscribe solo a un espacio geográfico en el que cohabitan las personas, sino que es el resultado de las interacciones continuas de lo físico, psicológico, social, político, económico y ecológico, que redundan en los hábitos, costumbres, actividades productivas y de consumo de las personas, resultando de todo ello, necesidades en salud (Cortés, Silva, Arancibia y Muñoz, 2021), porque, cada individuo es sometido inevitablemente a las fluctuaciones del medio exterior. (Morin, 2004)

Pude entonces permitirme introducirme en el análisis de las reflexiones hechas por autores como (De Sousa, 2018) y (Villasana, 2022), acerca del territorio como una interacción simbiótica, un espacio de poder, un espacio vivido relativo y dinámico de relaciones entre las comunidades y con la naturaleza. Incluso, me sentí con la responsabilidad de dejar de vivir en la naturaleza para cohabitar con ella.

Esto significa que, trabajar en la promoción de la salud de los grupos humanos, no se reduce a establecer cuáles son



las causas y factores desencadenantes de la enfermedad, sino que avanza hacia el análisis de la determinación social de los problemas de salud; más cuando estos últimos se encuentran permeados por el consumismo externo, el derroche energético, uso peligroso de tecnología productiva, desperdicio de recursos vitales, ciclos rápidos de crisis económicas, multifuncionalidad de los productos y generación de desechos; situaciones estas que obligan a que las comunidades se expongan cada vez más a procesos dañinos, como la destrucción de los ecosistemas, que, como consecuencia, han alterado el curso de la calidad de vida. (Breilh, 2013) (Almeida Filho, 2024).

Lo anterior, me facilitó el tener una postura más crítica hacia el ejercicio de mi quehacer en conjunto con los colectivos en un ejercicio de con-construcción; además, me permití sin temor, establecer comparaciones entre lo que pensaba era la violencia desde la Salud Pública y lo que hoy infiero a través de la postura de la Salud Colectiva.

En este sentido, desde la primera, estaba convencida de la violencia como una patología social, con abordaje analítico-medible, estudios de riesgo-causalidad, epidemiologías positivistas, políticas tradicionales, tal como lo señalan (Sosa & Sosa, 2015). Esta mirada lineal de antaño, promovida por conceptos como la transición epidemiológica, se observa en las estadísticas que explicaban de manera reduccionista las formas de enfermar y morir de las poblaciones, debida a cambios en la distribución demográfica, estilos y calidad de vida (Villasana, 2007)

Analizaba las violencias al margen de los procesos históricos que marcan las bases materiales y espirituales de la época (Breilh, 2010), porque creía necesaria la objetividad como elemento importante para otorgar credibilidad científica a este evento. (Casas, Jarillo, Contreras & Rodríguez, 2013)

Por ello, esta problemática tan arraigada y compleja, pretendí afrontarla con intervenciones basadas en la ecuación simplista causa-consecuencia o factor de riesgo-factor

protector, que adolecía del análisis crítico epistémico, con el que pude asimilar que las personas no están expuestas a un medio ambiente externo a ellas ni reciben el efecto de factores de riesgo contenidos en este ambiente; más bien, los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social. (Breilh, 2003).

La cosmovisión positivista en la que el sujeto es más bien tomado como objeto pasivo y unicultural separado de lo que lo rodea para analizar e intervenir sus problemas de salud, ha quedado rezagada; por cuanto, las circunstancias en las que se desenvuelven las personas en su cotidianidad son complejas, multidimensionales y contradictorias. (Almeida Filho, 2024).

Así pues, las nuevas posibilidades que se abrieron ante mis ojos me condujeron grata e irremediabilmente a desahuciar acerca de lo que hasta el momento consideré la verdad y solución absoluta desde la Salud Pública, para adentrarme en el intento por entender el territorio, reconociendo que más que hablar a las mujeres, como hasta hace poco lo hice, era necesario escucharlas, a través del ejercicio respetuoso y enriquecedor de validar sus saberes, sus historias, sus dolores, tanto individuales como colectivos, lo que nos permitió iniciar una co-construcción de una red protectora comunitaria en una relación horizontal de armonización de conocimientos: el tradicional y el académico.

Así, utilizando la técnica de la cartografía social, pudieron representar las respuestas a las preguntas: ¿qué tipos de violencias se viven en la comuna? ¿qué características tienen? ¿qué actores generan esas violencias?

Al principio, uno de los grupos informaba que ellos no vivían estas situaciones; pero luego, cuando los otros comenzaron a socializar sus conclusiones, el primero, reconoció que ellos también tienen entornos violentos. Compartieron sus vivencias y fue evidente en ese proceso de catarsis, la presencia de las agresiones físicas, verbales, psicológicas, abandono, sexuales y económicas, como parte de su cotidianidad, al interior del hogar y en la comuna. También valida-

ron situaciones violentas en los entornos educativos donde estudian sus niños, e institucional o estructural cuando se acercan a los servicios de salud.

Estas violencias se caracterizan por el estigma y discriminación, sobre todo a las mujeres extranjeras provenientes de Venezuela. También, a través de malos tratos, pocas oportunidades laborales, salarios poco dignos, restricciones en la regularización de su situación migratoria para acceder a servicios educativos, de salud y trabajo, e intimidación por integrantes de bandas criminales locales.

Algunos resaltaron el sufrimiento que han vivido en su proceso de duelo migratorio, situación que se hace aún más difícil por las diferencias culturales, el lenguaje, costumbres, comidas; los cuales, hacen difícil la adaptación y comunicación con los colombianos. Una de las migrantes participantes en el ejercicio aseguró que “pese a que hablamos todos español, las palabras tienen diferentes significados y eso hace que no nos entendamos, lo cual es muy frustrante y desesperante, me encerré en mi casa y no quería salir, sentía rabia e impotencia”.

De la misma manera, expresaron que los actores de tales agresiones somos todos, sobre todo, los hombres, porque por generaciones hemos aprendido a ser crueles con los que son y/o piensan diferente a nosotros; carecemos de habilidades para gestionar nuestras emociones, entre ellas, la rabia; arremetemos contra los otros como forma de disciplinar, lograr el orden y obtener el control y el poder en todos nuestros entornos: el hogar, la comunidad, la escuela, el trabajo, y hasta el virtual.

Costumbres como el trato a la mujer como propiedad del hombre; el responsabilizar a las sustancias psicoactivas legales, como el alcohol, o a las mismas mujeres por los comportamientos violentos; el hacer que los niños los presencien; e incluso, el naturalizar los castigos y el sufrimiento como una forma de amar y aprender, aún desde el ámbito de la religión, las políticas, las instituciones, los perpetúa en el ADN de la sociedad.

Posteriormente, su conversación se situó, de manera inesperada en nuestro comportamiento violento con los animales, al maltratarlos; con las plantas, al no cuidarlas; y con la naturaleza en general, al contaminarla con basuras y negarse a practicar el reciclaje, entre otras medidas para reconciliarnos con el ambiente en todos los niveles: Estado, instituciones, comunidad, familia e individuo.

Todo esto, reafirma la existencia de la reproducción social de la violencia, como la llama (Breilh, 2014), pues es un proceso malsano, peligroso, deteriorante o vulnerabilizador de la salud, consecuencia de la interdependencia entre dimensiones económica, cultural, política y ecológica que constituye una unidad entre la diversidad de la historia natural y la historia humana.

En otras palabras, la violencia, su producción y reproducción social proviene de la triple inequidad en las clases sociales, los géneros y etnias, como tipos de subordinación y explotación, que determina los modos de vivir y de enfermar y morir.

Escuchar a las mujeres con atención y humildad, me facilitó, no solo el reescribir el protocolo que guía la red protectora comunitaria, sino también, la forma de ver el mundo, el cuidado de enfermería a los colectivos con los colectivos, el respeto por los saberes de la cultura y tradición, que tienen tanto que enseñarme como los de los referentes teórico-científicos, no para que compitan, sino para que se armonicen.

Bajo la nueva óptica de las violencias hacia la mujer en el contexto de la familia, se puede aseverar que se trata de un fenómeno multidimensional y trasciende las esferas económicas, al tiempo que se convierte en un padecimiento generacional alimentado por el conflicto armado interno y más recientemente por la migración, que favorecen conductas de intolerancia, machismo y control en las familias. Esto a su vez, durante las interacciones sociales, produce en los miembros esquemas mentales cotidianos de maltrato, misoginia y actuaciones naturalizadas aprendidas (Guzmán, Campos &

Ortega, 2022) y replicadas no solo por los hombres, sino por las mismas mujeres durante la crianza de los hijos.

En los actos de violencia existen relaciones de poder, falencias de los soportes sociales y culturales que conducen a la normalización de formas malsanas de vivir; es decir, determinaciones sociales en salud; o más bien, la sobre determinación de relaciones histórico-sociobiológicas y económicas. Por lo tanto, cuando una mujer que vive en situación de pobreza, migración irregular y conflicto armado; y que, además, es violentada en su hogar por ser mujer, no solo sufre daño orgánico, sino también psicológico, familiar y social, en la medida en que es parte de un grupo y se relaciona con otros, lo que se traduce en un sufrimiento personal y colectivo que impacta de manera negativa, simultánea y transversal las dinámicas de una comunidad.

Al escuchar con atención las voces del territorio a través de las historias de las mujeres migrantes y víctimas del conflicto armado, entendí que la violencia es un síntoma de una enfermedad llamada inequidad y desigualdad, que bien puede observarse en el individuo, pero también de la familia, la comunidad, la sociedad y la cultura, producto de las restricciones impuestas por las instituciones y los gobiernos a través de sus políticas. Es decir, se inicia y trasversaliza desde el macrosistema, pasado por el mesosistema y remata en el microsistema, donde se forma cada persona y su familia; y de allí, se transfiere nuevamente al mesosistema y macrosistema.

Al hablar de macrosistema, se hace referencia al orden estructural, el modelo de producción y las políticas que, por ejemplo, en el plano de la salud, aún persiste en la aplicación de intervenciones guiadas por los determinantes sociales donde atribuye responsabilidades a individuos y comunidades y donde el Estado coordina las acciones de cada uno de ellos. (Carmona, 2022) (Rodríguez & Licona, 2022). Sin embargo, la salud colectiva es una totalidad compleja y dinámica, en la que las desigualdades se producen con mayor peso en el macrosistema; y de allí, se va incorporando

al mesosistema, donde las instituciones de salud, las empresas, las escuelas y otros instrumentos de poder, naturalizan la precariedad en los colectivos que además, como en el caso de los habitantes de Niquía Camacol, cohabitan en un contexto socioambiental poco seguro donde priman las relaciones capitalistas que perpetúan las inequidades y en donde la calidad de vida es un fin inalcanzable, sobre un camino prolijo barreras de todo tipo; contradiciendo la lógica del buen vivir como un derecho intrínseco del ser humano y una deuda histórica de estado con los pueblos.

De manera ineludible, esta realidad socio-histórico-ecológica indivisible es inherente al microsistema, en el que se devela cómo el individuo es permeado desde la gestación por las dinámicas sociales. De hecho, la epigenética ha demostrado que la respuesta al estrés es guiada por los genes, pero esculpida por las experiencias; entonces, vivencias traumáticas durante la etapa prenatal y la niñez, directas o indirectas (vivir en un vecindario violento o tener cercanía a crímenes), son determinaciones que redundan en la etapa crítica de maduración y desarrollo del cerebro y se traduce en problemas emocionales, conductuales y de aprendizaje, así como en enfermedades mentales y físicas y comportamientos violentos y hostiles en la juventud y adultez. (Pérez & Díaz, 2022)

Este individuo adulto, que conforma una familia en un socioecosistema donde cada persona es inseparable de su historia violenta y sus significados, las costumbres, tradiciones subjetividades que normalizan los malos tratos como un modelo de crianza, en el marco de una relación de poder a la que la mujer y niño se someten sin miramientos a los hombres y que cohabitan en un mesosistema que mantiene el statu quo impuesto por las relaciones capitalistas del macrosistema que perpetúan las inequidades (Rodríguez & Licona, 2022).

## **Nueva perspectiva para la Co-construcción de Redes Protectoras con la Comunidad y sus determinaciones sociales**

La violencia intrafamiliar y de género son un proceso histórico y social tatuado en las entrañas de la cultura para mantener el orden, la disciplina y el poder, generan condiciones de vida, salud y enfermedad de las poblaciones.

Tal complejidad obliga a repensar formas más efectivas de intervención y, gracias al nuevo paradigma de la Salud Colectiva, se vislumbra una forma de ver a las personas como sujetos con identidad (clase, género, etnia, consciencia de unidad y diversidad); en estrecha relación con la naturaleza (consciencia antroppo-socio-biocéntrica); y como elemento activo del conocimiento (sujeto-objeto-praxis), dentro de la sociedad, con capacidad de participar de gobernanza y con ella. (Villasana, 2007) (Casas, Jarillo, Contreras & Rodríguez, 2013)

Lo anterior, exige de la ciencia, la academia y los diferentes sectores gubernamentales y privados, investigar con las comunidades, desarrollar una praxis sobre sujeto sociales y sus intereses (Breilh, 2010), concertar formas de relacionamiento pacíficos, mediante la co-construcción de estrategias transversales que reconstruyan el tejido social y que influyan de manera concreta y profunda en las determinaciones sociales en aras de una vida sustentable, soberana y solidaria (Breilh, 2013)

En este orden de ideas las redes protectoras, que promueven el empoderamiento y el liderazgo comunitario, identificando recursos y saberes propios, por medio del aprendizaje en la detección de situaciones de riesgo, activación de rutas de atención de servicios sociales y de salud; todo ello, mediante la armonización comunidad - Estado - entidades privadas, tal y como lo proponen (Cortés, Silva, Arancibia y Muñoz, 2021). Esta relación simbiótica facilita la escucha activa, acogida, mediación, organización, orientación, acompa-

ñamiento, capacitación y canalización de personas que explican sus necesidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020); en este caso, las mujeres migrantes y desplazadas por el conflicto armado colombiano, que han vivido además otras formas de maltrato como el intrafamiliar y el de género.

De hecho, Granda (2009), sostiene que las redes comunitarias apoyan la constitución de la identidad de los grupos comunitarios que sustentan diversidad de proyectos individuales y colectivos; en este caso, aquellos que apuntan a la protección de la mujer y la prevención en las violencia desde sus recursos y conocimientos culturales, sociales e individuales como participantes de un sistema político y económico, respaldas por el Estado como nodo ejecutor de políticas, normalización, regulación y acreditación, que lleva el control administrativo-técnico; organizaciones no gubernamentales, académico-investigativas y servicios como productoras de acciones técnicas de servicio, conocimientos y asesoría.

Finalmente, las reflexiones aquí esbozadas permiten inferir que las redes protectoras comunitarias son espacios irremplazables para entender el territorio, mediante la validación y respeto por los saberes de la tradición de los colectivos, los bio-antropológicos y socioculturales, ancestrales, populares y espirituales en una relación de horizontal con el conocimiento científico-académico, porque convergen una pluralidad de instancias, cada una de ellas decisiva, pero insuficiente en sí misma para explicar lo que ocurre en una comunidad. (Villasana, 2022) (De Sousa, 2018), (Morín, 2004). Esto facilita la conformación de una alianza desde la cual el Estado, la ciencia y el sector privado apoyan pero también aprenden de los liderazgos locales donde se hacen tangibles las premisas de la Salud Colectiva, porque incluyen a la comunidad desde el principio, comprenden sus significados y dinámicas, lo que hace posible incluir la prevención de la violencia de género e intrafamiliar, mientras nos instruimos en la prevención de la violencia institucional que muchas veces infringimos desde nuestras disciplinas e instancias.



## Bibliografía

**Breilh, J., (2003).**

*Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad.* Buenos Aires: Lugar editorial; ISBN 9508921471. 312 p.

**Breilh, J., (2013).**

La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (),13-27. [fecha de Consulta 3 de abril de 2024] ISSN: 0120-386X. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727002>

**Breilh, J. (2015).**

Tras las huellas de la determinación. *Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud*, 294. [https://www.researchgate.net/profile/Morales-Borrero-Carolina/publication/321588829\\_Tras\\_las\\_huellas\\_de\\_la\\_determinacion\\_social\\_de\\_la\\_salud/links/5a2c38eba6fdccfbf873428/Tras-las-huellas-de-la-determinacion-social-de-la-salud.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Morales-Borrero-Carolina/publication/321588829_Tras_las_huellas_de_la_determinacion_social_de_la_salud/links/5a2c38eba6fdccfbf873428/Tras-las-huellas-de-la-determinacion-social-de-la-salud.pdf)

**Carmona Moreno, L. D. (2020).**

La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Revista Ciencias de la Salud*, 18, 1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>

**Casas Patiño, D., Jarillo Soto, E., Contreras Landgrave, G., & Rodríguez Torres, A. (2013).**

Salud colectiva y medicina familiar. *Medwave*, 13 (04), e5666-e5666. <https://doi.org/10.5867/medwave.2013.04.5666>

**Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres. (2023).**

*Plan Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres. Alcaldía de Bello.* <http://intranet.bello.gov.co:8081/intranet/start/sig/procesos/misionales/gestion%20social/registros/S.%20gesti%C3%B3n%20riesgo%20y%20atenci%C3%B3n%20%20desastres/PMGRD%20Bello%202023.pdf>

**Cortés-Tello, F. A., Silva-Jiménez, D., Arancibia-Morales, DA y Muñoz-Marín, D. L. (2021).**

El territorio como determinante social de la salud: Algunas estrategias para su abordaje. *Revista Salud y Administración*, 8 (23), 37-51. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/215>

**De Sousa Santos, B. (2011).**

Introducción: las epistemologías del sur. Formas Otras. Saber, nombrar, narrar, hacer. *Seminario llevado a cabo en IV Training seminario de jóvenes investigadores en Dinámicas Interculturales*, Barcelona.

**Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2022).**

*Análisis de Situación en Salud ASIS Antioquia 2022.* [https://www.dssa.gov.co/images/asis/Analisis\\_de\\_Situacion\\_en\\_Salud\\_ASIS\\_Antioquia\\_2022\\_V1.pdf](https://www.dssa.gov.co/images/asis/Analisis_de_Situacion_en_Salud_ASIS_Antioquia_2022_V1.pdf)

**Evangelista, A. (2019).**

*Normalización de la violencia de género cómo obstáculo metodológico para su comprensión.* <http://www.scielo.org.co/pdf/noma/n51/0121-7550-noma-51-85.pdf>

**Guajardo-Córdoba, A., Recabarren-Hernández, E., Asún-Salazar, D., Zamora-Astudillo, C., & Cottet-Soto, P. (2015).**

Evaluación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC) desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63 (3Sup), 41-50. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.49333>

**Guzmán, J. F., Campos Caicedo, M. A., & Ortega, M. S. (2020).**

Imaginario social sobre las violencias de género de los habitantes de una comunidad rural del departamento del Huila (Colombia). *El Ágora USB*, 20(2), 102-117. <https://doi.org/10.21500/16578031.5133>

**Instituto de Medicina Legal. (2022).**

*Forensis 2022. Datos para La Vida.* [https://www.medicinalegal.gov.co/documentos/20143/989825/Forensis\\_2022.pdf](https://www.medicinalegal.gov.co/documentos/20143/989825/Forensis_2022.pdf)

**Instituto Nacional de Salud. (2022).**

*Violencia de género e intrafamiliar.* <https://doi.org/10.33610/infoeventos.36>

**Mayor, S., & Salazar, C. (2019).**

La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gac. Méd. Espirit.*, 21(1), 96-105. <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2019/gme191j.pdf>

**Miño, B. P. y, & Eduardo, J. (2010).**

*Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud.* <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3412>

**Molina Giraldo, E. (2021).**

Factores de riesgo y consecuencias de la violencia de género en Colombia. *Tempus Psicológico*, 2(1), 15-36. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.2.1.2149.2019>

**Morín, E. (2004).**

La epistemología de la complejidad. *Gaceta de Antropología.* <https://doi.org/10.30827/Digibug.7253>

**Muñoz Quintero, J. D. (2018).**

Asentamientos informales y pobreza en Bello, la otra cara del "progreso". *Aproximación crítica desde el enfoque de derechos.*

**Organización Mundial de la Salud. (2024, marzo 25).**

*Violence against women.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

**Organización Mundial de la Salud. (2021, abril 25)**

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>

**ONU. (2023, septiembre 17).**

*Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres. Mujeres.* <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

**Pérez, B. H., & Díaz, A. F. (2022).**

Lo invisible del maltrato infantil: ¿Puede modificar la expresión génica? The invisible of child abuse: Can it modify gene expression? REMUS - *Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora*, 16-25. <https://doi.org/10.59420/remus.7.2022.87>

**Rodríguez, S. G. A., Echeverría, R. E., Alamilla, N. M. E., & Trujillo, C. D. C. (2018).**

Prevención de factores de riesgo en adolescentes: Intervención para padres y madres. *Psicología Escolar e Educativa*, 22, 259-269. <https://doi.org/10.1590/2175-35392018014279>

**Rodríguez, A., & Licona, E. (2022).**

*Territorios y Violencias en el Área de la Salud.* CRV.

**Ruíz, F., Escobar, G. M., Milena Cuellar Segura, C., Teresa Buitrago Grupo, M. E., María Henríquez Grupo, G. M., & Stella Ríos Grupo, L. M. (2022).**

*Plan Decenal De Salud Pública PDSP 2022-2031.*

**Villasana López, PE (2007).**

La investigación en salud pública: De la transición epidemiológica a la transición epistemológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (4), 0-0. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000400013>

**Villasana, P. (2022).**

“Acerca de la noción de territorio. Una contribución a las epistemologías del sur. *Comunidad y Salud* Año 2022; 20(2) Jul-Dic Online ISSN 2665-024x - Print ISSN 1690-3293. Disponible en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm>

**Van Diessen, E., Van Der Maas, F., Cabral, V., & Otte, W. M. (2018).**

Community-based rehabilitation offers cost-effective epilepsy treatment in rural Guinea-Bissau. *Epilepsy & Behavior*, 79, 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.11.009>

**World Health Organization, UNESCO, International Labour Organization & International Disability Development Consortium. (2012).**

*Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC.* Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44809>

# **CAPÍTULO 9.**

## **LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA VULNERABILIDAD EN EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO**

**GRICELDA VÁZQUEZ JUÁREZ**  
**MARTHA CONCEPCIÓN HERNÁNDEZ ARELLANO**  
**DONOVAN CASAS PATIÑO**

*“Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras  
se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más  
libre la vista más amplia y serena.”*  
Ingmar Bergman

### **Introducción**

**LA EDAD DORADA** aparece lentamente sin percibir el paso del tiempo, muchas veces puede presentarse siendo feliz y con plena salud, otras tantas no, el camino se vuelve pedregoso, oscuro y solitario acompañado de momentos nostálgicos por regresar a esa juventud que ya quedó atrás, por lo cual se requiere observar y al mismo tiempo tomar acciones que garanticen que esta edad la vivamos en plenitud.

En este sentido es importante revisar los factores que permiten conocer un panorama sobre las condiciones en que algunos adultos mayores viven, de tal manera que este capítulo es dedicado a informar diversas situaciones que pueden llevar a una reflexión y así tomar decisiones para continuar la vida, se aborda desde las determinantes sociales, que afectan a las personas adultas mayores, donde se consideran los aspectos del entorno social, económico, físico y comporta-

mientos personales, respecto a la vida de los seres humanos, en colectividad y particular.

## ¿Qué son los determinantes sociales de la salud?

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estos involucran factores económicos, laborales, biológicos, sanitarios, conductuales, sociales, ambientales y culturales.

Tomando en consideración las aportaciones de Lalonde en 1974, estos determinantes son clasificados en 4 rubros: *Medio ambiente, estilos de vida, biología humana y atención sanitaria.*

## ¿Qué es vulnerabilidad?

Para comprender el término vulnerabilidad es necesario recurrir a la definición etimológica dividida en **vulnus** de origen latín se define como herida, **abilis** corresponde a poder de y **dad** significa cualidad; luego entonces se entiende como la cualidad de poder herir o dañar algo o a alguien. De acuerdo con esta definición se comprende que una persona es vulnerable cuando puede verse dañada o en una situación de riesgo que lo lleve a un deterioro parcial o total.

La palabra vulnerabilidad se aplica en este trabajo para referirnos al estado de salud físico y mental, situación económica, familiar y social que actualmente vive la población de adultos mayores.

## ¿Quiénes son los adultos mayores?

De acuerdo con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México, publicada el día 25 de junio de 2002

en el Diario Oficial de la Federación (DOF), en el artículo 3 Fracción 1 establece que:

“Se les considera adulto mayor a las personas mayores a 60 años en adelante”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza otra clasificación respecto a las personas: de 60 a 74 años las considera como edad avanzada, a quienes tienen 75 a 90 vieja o anciana y quienes sobrepasan esas edades les denomina grandes viejos o grandes longevos.

Una vez identificada la población de nuestro interés se muestran las determinantes sociales que intervienen negativamente en la sensibilidad lo que provoca la desprotección de la población adulta mayor, de ahí que uno de los factores importantes para su bienestar físico y emocional es el medio ambiente ya que es el espacio geográfico donde permanece el mayor tiempo y si este entorno se encuentra degradado hace que su proceso de vejez sea difícil, debido a que incrementan sus problemas de salud, discapacidad y dependencia, por eso se muestran menos activos y carecen de estrategias para enfrentarlos, luego entonces se eleva la probabilidad de sufrir accidentes y procesos depresivos, sumado a esto que en ocasiones deben cambiar de residencia para recibir servicios sociales y de salud.

El deterioro del medio ambiente urbano hace que este espacio sea un medio hostil para envejecer debido a los espacios, en este contexto no están adecuados, ya que constantemente se enfrentan a riesgos de caídas, atropellos y delincuencia aunados a problemas como ansiedad, estrés y depresión y esto propicia el confinamiento en sus domicilios con efectos negativos en su salud mental.

El cambio de residencia puede causar un proceso traumático al alejarse de su entorno cotidiano, así se ha constatado que el deseo de regresar les altera negativamente su salud mental.

Existe mayor desprotección de los adultos mayores en zonas rurales que en las zonas urbanas debido a su aislamiento, precariedad de la vivienda, bajos niveles educativos,

limitaciones en trasportes públicos, bajos ingresos, así como problemas para asistir a los servicios sociales y de la salud y a la vez su escasez en estas prestaciones, por lo que hace más grave su estado físico y mental al no llevar un seguimiento de su estado médico.

Se les ha limitado en participar en planeaciones urbanas para poder señalar zonas seguras en parques zonas verdes que les permita tener actividades al aire libre y relaciones sociales saludables y de esta forma contribuir a un envejecimiento sano y activo. Las necesidades de esta población implican servicios, equipamiento e infraestructura específicos para adultos mayores vulnerables.

De los principales problemas ambientales en México se encuentran la mala calidad del aire, la contaminación del suelo, escasez del agua, uso de plaguicidas, generación excesiva de residuos sólidos, constante ruido, que puede provocar hipoacusia, que es la pérdida total o parcial en uno o ambos oídos, otros problemas de salud que se presentan son enfermedades como asma, las afecciones cardíacas y respiratorias que se agravan viviendo en lugares contaminados, además procesos psicopatológicos como la aceleración del ritmo cardíaco, la presión arterial, a su vez dolores de cabeza, problemas gástricos y respiratorios, también dentro del medio ambiente contaminado se incrementan el deterioro funcional y cognitivo.

Para la OMS el envejecimiento consiste en una combinación de procesos biológicos que incluyen el desgaste molecular y celular resultando una disminución gradual de las funciones físicas y cognitivas.

Los adultos mayores enfrentan situaciones que social, psicológica y económicamente los vuelve un sector susceptible a ser marginados y/o estereotipados, como consecuencia de esto los convierte en seres vulnerables a sufrir situaciones de aislamiento, poca atención, comprensión y apoyo, afectando su estado de salud, estilo de vida, así como los factores socioeconómicos y ambientales donde se encuentren.



En México existen leyes, instituciones y programas que deben atenderlos, sin embargo, falta una apropiada difusión para que exista una mayor participación por parte de esta población, con ello evitar el desamparo que actualmente están viviendo.

En esa misma línea podemos reflexionar los siguientes aspectos: esta población al encontrarse en el proceso biológico del envejecimiento, lo experimentan de manera individual acorde a su estilo de vida y salud, cada uno se enfrenta a problemáticas muy particulares, que en ocasiones son difíciles o complicados, ante los trámites burocráticos para ellos complejos, tanto en área de salud, servicios bancarios y consumo, transporte público, tiendas de autoservicio y de manera importante falta fomentar una cultura que brinde la atención pertinente con calidad y calidez para ellos en todas estas áreas.

Este grupo es vulnerado, iniciando por la forma en que son señalados socialmente, es decir los estereotipos que de manera coloquial se utilizan para nombrarlos, como se observa en las siguientes expresiones: “es viejito”, “aún se ve entero”, “es un sabio por la edad que tiene”, “déjale el lugar por su edad”, estas expresiones parecieran positivas sin embargo tienen un impacto negativo en su salud emocional.

Dentro de los estereotipos negativos que son utilizados en el entorno social se pueden incluir los siguientes: “que su estructura física se vuelve débil por lo requieren que alguien más los cuide de manera obligatoria”, “no están interesados ni pueden aprender a utilizar la tecnología”, “ante la falta de ingresos propios se vuelven una carga para la sociedad aunado a su estado de salud”, “que pierden la memoria y se enferman de manera constante”, “que se les debe tratar como niños” o “mantenerlos aislados y/o inactivos ya que no tienen las capacidades físicas ni mentales para incluirse en actividades sociales y familiares. Estas expresiones provocan daño desde diversas áreas en lo cognitivo, emocional, físico y económico teniendo como resultado un detrimento en su estilo de vida, baja autoestima, procesos depresivos que des-

encadenan atentados contra su vida, como se observó en el estudio realizado por *GLOBAL HEALT ESTIMATES 2019 (estimated deaths by age, sex and cause)* donde un 27.2% de suicidios se producen en personas mayores de 60 años o más.

En 2000, Mishara y Riedel, señalan que las personas adultas mayores en esta etapa experimentan cambios físicos que comprenden la apariencia, modificaciones estructurales, lenificación de sus movimientos, disminución de la vista y la audición, a la vez, van desarrollando algunas enfermedades derivadas de sus actividades laborales, hábitos sociales y predisposición a enfermedades crónico-degenerativas que son un indicador de la calidad de vida de cada uno en particular, esto se puede observar en el estudio realizado por el Instituto Nacional de Geriatría (INGER), donde describe que el 35% de la población mayor sobrelleva multimorbilidad, así como problemas relacionados con el estado nutricional: 82,3% padece obesidad abdominal y el 27,9% inseguridad alimentaria, los datos fueron reportados en el Diario Oficial de la Federación (DOF:16/04/2021) en el programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2021-2024.

La adecuada alimentación es un factor muy importante que recientemente se ve afectado por el incremento de alimentos industrializados debido a la urbanización de espacios agrícolas y uso frecuente de plaguicidas, sumado a los cambios de hábitos saludables provocando una desnutrición al mismo tiempo obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares hasta cáncer de toda índole, todo lo anterior se debe a la baja o nula ingesta de frutas, verduras, cereales y alimentos de origen animal distribuidos de una manera saludable.

En el caso de los adultos mayores el tema de la alimentación se ve afectado en función del estado de salud de su sistema digestivo que inicia en la boca, con esto se quiere decir que la dificultad para la ingesta de ciertos alimentos puede ser complicada porque no tienen una dentadura sana o completa, ello se puede apreciar en los resultados que proporciona la investigadora Mercedes Paola Dehesa Isidoro,

médico geriatra de la Facultad de Medicina de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), donde da a conocer cómo han aumentado las enfermedades crónico-degenerativas en la población adulta mayor, en un 43.3% de la población con hipertensión siguiendo la diabetes (25.6%), artritis (10.7 %), problemas cardíacos (5.2%) y enfermedades pulmonares (4.2%) .

Cabe mencionar que los cambios estructurales de mayor incidencia en esta población son problemas como disminución de la flexibilidad en tejidos y rigidez de las articulaciones por el desgaste del cartílago, disminución de densidad ósea con mayor probabilidad de fracturas, caídas y/o pérdida gradual de la fuerza muscular aunado de dolor intenso que provocan la inmovilidad parcial o total, de ahí que se incrementa el estado de vulnerabilidad de los adultos mayores ante su fragilidad ósea, esto fomenta que sean relegados , maltratados físicamente y no considerados para ciertas tareas que requieren esfuerzo.

En la cuestión cognitiva se puede desarrollar el deterioro ante la falta de actividades y ejercicios de memorización, lectura, aprendizaje de algún idioma, instrumento musical y uso de las diferentes tecnologías como el uso de apps que se utilizan en servicios bancarios, realizar trámites burocráticos y de servicios médicos obligándolos a mantenerse en una inactividad tanto física como cognitiva. Cabe mencionar que los entornos donde vivan los adultos mayores ya sea rural o urbano determina la frecuencia de uso de los elementos tecnológicos.

Actualmente se ve obligado el adulto mayor a realizar operaciones bancarias a través de cajeros automáticos para el cobro de sus apoyos sociales, así como trámites personales y su asistencia médica en los portales electrónicos de los servicios de salud que requieran, en relación al tema de atención en los servicios de salud la queja constante que incrementa la vulnerabilidad corresponde desde el área administrativa, por los horarios de atención, las listas de espera para tratamientos y cirugías, las citas por periodos prolongados,

continuando con la dimensión económica debido a la falta de recursos para la atención y medicamentos lo que provoca falta de continuidad en los tratamientos y retraso en la atención, aunado a ello las dificultades de comunicación entre el personal de salud y pacientes por cuestiones de idioma, situaciones de salud o algún tipo de discapacidad ya que se encuentran imposibilitados para firmar sus tratamientos, consentimientos informados para su medicación, también la ubicación de los centros atención de salud puede ser una dificultad por las grandes distancias y los medios que utilizan para trasladarse desde el domicilio del paciente.

En relación a la salud mental se ven afectados principalmente por depresión derivada por los constantes recuerdos y memorias de su juventud donde eran útiles en su totalidad, provocando que la nostalgia y la tristeza sean las emociones que se manifiestan con mayor frecuencia, alteraciones del sueño por diversos factores, aunado a sentirse inseguros ante el avance de sus padecimientos y no poder continuar con sus actividades cotidianas, son propensos a que no les respeten sus derechos humanos, en diversos momentos esta situación la genera los mismos familiares, dando como resultado un sentimiento de soledad y vacío de tal manera que para poder atenderlo se requiere de instituciones de salud que cuenten con infraestructura y personal capacitado desde médicos, enfermeras cuidadores hasta la propia familia, al carecer de ello se incrementa el desamparo de las personas adultas mayores.

En cuestión de recursos financieros con los que cuenta este grupo de personas y se clasifican desde aquellos que viven con un status económico alto, medio, bajo, muy bajo o pobreza extrema, en recientes investigaciones sobre su economía, de acuerdo a la información generada por el sitio de noticias financieras Forbes México, recalca que cerca del 50% de los adultos mayores económicamente activos sus ingresos fijos provienen de su jubilación, pensión o de sus familiares.

Algunas características de las mujeres adultas mayores en un contexto rural donde todavía prevalece el machismo son más pobres, discriminadas, cuentan con menos ahorros

y oportunidades que brinden tener una vejez tranquila, por lo se ven en la necesidad de seguir trabajando para contar con ingresos que le ayuden a subsistir, estos aspectos las determinan como personas en riesgo latente, el contraste lo vemos en ciudades donde existe una apertura del pensamiento y la mujer se le permite ser una profesional, ser emprendedora y contar con ahorros para su vejez.

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía E Informática (INEGI) emitido el 30 de septiembre de 2022 en su comunicado de prensa núm. 568/22, señaló que cerca del 70% de adultos mayores trabajaron de manera informal, se desempeñaron en trabajos independientes o asalariados los cuales se caracterizaron por ofrecer sueldos bajos y muy frecuentemente no les otorgaron las prestaciones necesarias para que esta población contara con acceso a la seguridad social, ejemplo de ello se observa en las áreas agrícolas o ganaderas, las elementales y las de apoyo en el caso de actividad doméstica y del sector primario o las comerciales colocando sus propios negocios.

De acuerdo con las investigaciones recientes del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), señaló que el año 2020, 46.1% de la población de 65 años o más contaba con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingreso, esto obedece a que las transferencias monetarias para ellos provenían en primer lugar de programas sociales. Enseguida las procedentes de otros hogares y algunos otros de su jubilación.

Aunque existen instituciones y programas que pueden brindar empleos y algunos beneficios estos siguen siendo insuficientes ya que no logran cubrir en localidades en áreas lejanas o marginadas, áreas rurales y/o espacios abandonados por situaciones sociales como migración, inseguridad pública y políticas públicas, entre otras.

En cuanto a la seguridad económica existen instituciones y programas para brindar empleo y apoyos económicos, como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) que otorga apoyos económicos para promover y

fomentar el autoempleo, generar mejores ingresos económicos, capacitación en administrar mejor su dinero, elaborar un plan de negocios o iniciar algún proyecto de desarrollo económico, que muchas veces se ven truncados por situaciones como el analfabetismo, el desconocimiento de las herramientas digitales, problemas de salud incapacitantes, viven solos y trámites burocráticos entre otros.

Otras acciones que realiza el INAPAM a favor de los adultos mayores, es la firma de convenios con empresas y prestadores de servicios para obtener descuentos. También lleva a cabo una expo de empleos y servicios para su reincorporación al mercado laboral, debido a que 43% de la población adulta mayor vive en pobreza de manera extrema, así 8 de cada 10 adultos mayores tienen alguna carencia social.

Las instituciones y programas sociales diseñan diversas acciones para atender a las personas adultas mayores que en teoría están bien diseñados, pero en la práctica se observa que un mínimo de esta población conoce y participa por los factores que se mencionaron anteriormente, esto tiene como consecuencia que sean vulnerados, de cierta manera desprotegidos y en casos extremos abusados por sus propias familias.

La vida del adulto mayor muchas veces se torna difícil, triste, con enfermedades que no se atienden por falta de seguridad social, o el recurso económico, algunos viven en extrema pobreza marginados. Otros de los problemas graves que sufren las personas envejecidas son el maltrato físico, psicológico y sexual, así como el económico e incluso actos de violencia enmascarados por omisiones y falta de interés por parte de los mismos familiares, dentro de este tema podemos decir que el maltrato físico corresponde a situaciones provocadas que llevan a la persona a un daño corporal y deterioro físico, mientras que el maltrato psicológico lo ejercen a través de actos verbales o no verbales para ocasionarles sufrimiento, angustia y desvalorización.

El abandono es un acto que puede ser intencionado o no debido al descuido o desamparo en la realización de aten-

ciones hacia el adulto mayor por parte de las personas de su entorno familiar.

Los adultos mayores son víctimas frecuentemente de estafa, engaños para apropiarse de los recursos financieros y materiales generados durante su edad productiva particularmente cuando su estado de salud se ve desgastado, este abuso se da principalmente por familiares cercanos, vecinos, desconocidos o instituciones públicas y privadas.

Los maltratos mencionados pueden llegar a identificarse cuando presentan pérdida de peso excesiva, higiene deficiente, confusión, agresividad, alteraciones del sueño e incremento de sus enfermedades. Otro tipo de maltrato por parte de la sociedad es la exclusión financiera particularmente en las mujeres, debido a que su conocimiento en este tenor es bajo, presenta dificultad por su averiado estado cognitivo y físico, desconocimiento de las tecnologías digitales, falta de productos financieros especialmente pensados para esta población.

El estado en su compromiso de brindar atención a esta frágil población, ha desarrollado programas y actividades tanto para su bienestar social como de salud, de acuerdo con el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que señala: toda persona tiene el derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar, aunado a los derechos establecidos en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM) como se muestra en la tabla 1:

**Tabla 1. Derechos de las Personas Adultas Mayores**

Derecho a	Artículo 5o
Una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación	Fracción I
Un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial	Fracción II
La salud, alimentación y familia	Fracción III
La educación	Fracción IV
Un trabajo digno y bien remunerado	Fracción V
La asistencia social	Fracción VI
Asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en su comunidad	Fracción VII

Denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	Fracción VIII
La atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público	Fracción XI
Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte	Fracción IX

Fuente: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.  
TABLA Elaboración propia.

A través de las siguientes instituciones comisionadas para la atención a esta población:

1. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) que se encarga de proporcionarles alimentación, atención psicológica y de salud física, y centros gerontológicos.
2. Instituto Nacional de Salud Pública: Les brinda, actividades recreativas, terapia ocupacional y psicológica, servicio de transporte, orientación nutricional y médica, otra de sus actividades importantes es investigación de la salud publica enfocándose de forma específica a los problemas de salud relacionados con la exposición ambiental ante el deterioro de los ecosistemas para prevenir y controlar enfermedades mediante la formación de profesionales de la salud
3. Instituto de Adultos Mayores: Servicios preventivos de salud, física y mental.
4. Instituto Nacional de Geriátría (INGER), inicio sus actividades en el 2012, enfocado en preparar recursos humanos especializados que atiendan a este tipo de población derivado de sus investigaciones en conjunto con el Hospital General de México, publicándolas en su boletín de difusión bimestral.

Se percibe respecto a estos programas y actividades que aún se encuentran en etapas iniciales porque su difusión y resultados no han sido del todo suficientes para llegar a toda la población, otro factor importante que limita su eficiencia es que los adultos mayores se muestran indiferentes ante este tipo de acciones, notándose la falta de cultura de aten-



ción de su salud física y mental aunado a ello, por el ritmo de vida de los familiares muestran poco interés en apoyarlos, otros más viven solos con escasa autosuficiencia.

Las propuestas de estas instituciones para dar atención a esta población van desde vinculaciones entre instituciones de salud, investigación, elaboración de infografías, boletines que permiten difundir acciones preventivas, formación de personal especializado en la atención a los adultos mayores, activación física e información audiovisual, se han sumado a ello instituciones privadas realizando a lo largo del año ferias dedicadas al adulto mayor ofreciéndoles, cultura, entretenimiento y aprendizaje.

Es importante mencionar que la organización mundial de la salud en su informe mundial sobre el envejecimiento y salud señala que en 2015 México contaba con 10, millones de adultos mayores y se espera que esta cifra se duplique en el 2030, impactando a la sociedad y a los sistemas de salud que aunque existen los planes y programas no existe personal suficiente especializado en atención geriátrica, que falta mucho en la cuestión de infraestructura en zonas urbanas y más aún en las zonas rurales, y sobre todo hoy en día la población en general carece de una cultura de prevención y atención a la salud para vivir con calidad en todas las etapas de la vida, particularmente en el envejecimiento.

Cabe mencionar que para satisfacer las necesidades del ser humano se consideran 4 sectores:

- 1.- Social, se refiere a la situación de convivencia entre personas.
- 2.- Cognitivo, es en relación a las actividades intelectuales.
- 3.- Afectiva, se conforma de los temas emocionales y psicológicos.
- 4.- Física y biológica, que se encarga del cuidado a través del cuidado del cuerpo mediante la activación física y alimentación saludable

De lo anterior se deriva las posibles acciones que permitan en la etapa de adulto mayor cubrir los sectores ya mencionados

- 1.- En lo social, deben contar con recursos sociales disponibles, redes de amistades y estabilidad económica.
- 2.- Cognitivo, llevar a cabo diversas actividades recreativas que a su vez activen el pensamiento, de lo posible realizar lecturas, juegos de mesa y terapia ocupacional.
- 3.- Afectiva, Contar redes familiares, visión de la vida positivamente, aspectos religiosos y espirituales.
- 4.- Física y biológica, generar grupos con ambiente tranquilo y agradable que permita la activación física y el consumo de alimentos saludables bajo vigilancia de los profesionales de la salud.

Los entornos físico-sociales intervienen de forma positiva o negativa en el proceso de envejecimiento por esto se debe contar con un equipo multidisciplinario que estudie y proporcione alternativas de bienestar a esta vulnerable población, luego entonces en la década de los 60 y 70 se realizaron investigaciones en Estados Unidos y otros países anglosajones, para comprender el envejecimiento humano y la relación que mantienen con el ambiente donde se vive, es ahí donde surge la gerontología ambiental, disciplina conformada de otras áreas de la ciencia como medicina, arquitectura psicología, geografía antropología y sociología para relacionar las capacidades funcionales de las personas envejeciendo con su entorno a fin de generar los ambientes y los espacios donde el adulto mayor y el contexto sean amigables y así lograr un envejecimiento tranquilo.

En México en la década de los 90, el Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, inicio estudios sobre el envejecimiento, e impulso la Gerontología comunitaria en México que se especializa en que los adultos mayores gocen de buena salud, funcionalidad y calidad de vida de forma individual y en su entorno social y comunitario.

## Conclusión

El visualizar a los DSS como los factores que afectan de manera directa o indirecta a la vulnerabilidad en el adulto mayor, es colocar niveles de acción donde se pueden focalizar nodos críticos que pueden ser resueltos ante crisis sociales del adulto mayor; nos referimos a las crisis exponenciadas por grupo de edad, aquí la necesidad aumenta en requerimientos macro refiriéndonos a políticas y programas de índole de inclusión, derechos y planeación de administración pública (dinero destinado a este fin), a nivel macro instituciones y sistemas que soporten y velen la continuidad de estas políticas y programas, y a nivel micro los individuos y colectivos en su territorio interpreten, colaboren y practiquen el nivel de colaboración social de cada política y programa que permita que los ejes de vulnerabilidad puedan ser rotos, de esta forma podemos pensar que la retribución social para disminuir la vulnerabilidad en el adulto mayor no solo es por parte del Estado con sus políticas y programas e instituciones, sino la ejecución deberá ser palanqueada por una respuesta social organizada de lo micro a la macro y viceversa, incluyendo los territorios con sus prácticas culturales.

De esta forma podemos vislumbrar que los DSS son un eje analítico crítico, que enfocado a la crisis del adulto mayor puede ser un paradigma muy útil para próximos acercamientos.

## Bibliografía

**Aguirre, M. V. (2011).**

Factores determinantes de la salud, Importancia de la prevención. *Acta Méd. Peruana*. Oct-Dic.

**Cantú Martínez, Pedro César (2022).**

*Adulto mayor y envejecimiento*. Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
De La Guardia Gutiérrez, Mario Alberto. (2020)**

La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria.

**Diario Oficial de la Federación (DOF:16/04/2021).**

*Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2021-2024.*

**Diario Oficial de la Federación (DOF). (2002).**

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México, publicada el día 25 de junio. En el artículo 3 Fracción.

**Díaz Hurtado, Magali. (2015).**

La salud ambiental en México, situación actual y perspectivas.

**Global Health Estimates. (2019)**

*Estimated deaths by age, sex and cause.* <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

**Hernández, Juan Carlos; Reinoso Castillo, Isabel. (2021).**

La cátedra del adulto mayor, su vínculo con el medio ambiente y la sostenibilidad. *Didáctica y Educación*.

**INAPAM.**

[gob.mx https://www.gob.mx › inapam](https://www.gob.mx/inapam)

**INEGI. (2024).**

Comunicado de prensa 123/24. 12 de febrero 2024.

**INGER.**

Boletín bimestral.

**Méndez, Juan. (Enero 2024).**

*Entrevista a Mercedes Paola Dehesa Isidoro*, médico geriatra de la Facultad de Medicina de la UPAEP. Boletín INGER.

**Mishara, B. L, Riedel, R.G. (2000).**

*El proceso de envejecimiento*, Ediciones Morata.

**OMS. (2021).**

Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la salud. Available at: <https://www.paho.org/>

**Sánchez González, Diego. (2019).**

Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: implicaciones socioespaciales en América Latina, revista *Geografía norte grande*, 60:97.

# CAPÍTULO 10.

## TRANSGRESIÓN DE ALIMENTOS CALLEJEROS, UN PROBLEMA TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

ALEXA ADANAE QUIROZ MELÉNDEZ

DONOVAN CASAS PATIÑO

ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES

JOSÉ MARTÍN REYES PÉREZ

### Introducción

**LA SEGURIDAD ALIMENTARIA** ha sido objeto de investigación, y algunos la consideran una cuestión de seguridad nacional (Ning, 2017). La comida callejera representa un eslabón débil en la supervisión de la seguridad alimentaria a nivel internacional (Liu *et al.*, 2014) Según la definición de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la comida callejera se refiere a "*alimentos listos para el consumo bebidas vendidas y preparadas por vendedores ambulantes en calles u otros lugares públicos*" (Lamuka, 2014), donde la tradición cultural en el manejo, transporte y venta de alimentos, deja a un lado las normas y reglamentaciones alimentarias en este sector, es así que la comida callejera está repleta de prácticas culturales que muchas de la veces supera la supervisión en salud.

Existen varios elementos que immortalizan la comida callejera como parte de la vida cotidiana, un primer elemento es ***la rápida urbanización con su crecimiento poblacional*** lo que ha llevado a la proliferación de instalaciones alimen-

tarias rápidas en países en desarrollo y subdesarrollo, un segundo elemento es la ***prontitud del tiempo laboral o estudiantil***, lo que condiciona una pronta venta de alimentos en calle, un tercer elemento es la ***geolocalización, con esquinas funcionales —donde se ofrecen alimentos en todas sus variedades y gustos— y horarios de venta ampliados***, lo que motiva que al salir de casa sin alimentos, al paso de calle o entrada de servicio público, escuela o trabajo o de transporte exista un lugar con horarios y variedad de productos, un cuarto elemento, ***los costos de venta de alimentos***, los cuales son económicos y accesibles para el bolsillo de los consumidores, estos elementos son parte de toda una estructura sociocultural, donde la comida callejera es funcional para un modelo alimentario hipermoderno. Sin embargo, a pesar de la conveniencia de estos servicios, su expansión tiene consecuencias para la salud pública, como el aumento de enfermedades crónicas relacionadas con el metabolismo, enfermedades transmitidas por los alimentos y enfermedades crónico no transmisibles —*obesidad y sobrepeso*— (Wang *et al.*, 2016).

Es por eso por lo que la comida callejera debe de abarcar las condiciones y medidas necesarias para la producción, elaboración, almacenamiento y distribución de estos, con el objetivo de garantizar que sean inocuos, estén en buen estado y sean aptos para el consumo humano (OPS, 2015; Zamora & Barbosa, 2019). Sin embargo, existen prácticas inadecuadas de la manipulación de alimentos esto se da principalmente por la falta de conocimiento sobre el buen manejo de los alimentos (Foto 1, 2 y 3). Con lo cual se han identificado diferentes vías y medios de transferencia de patógenos a través de los alimentos, lo que ha provocado brotes de enfermedades, del tipo *Cyclospora spp.*, virus de la hepatitis A., *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC), entre otros patógenos, esto reportado por SENASICA México (SENASICA, 2024).

Es así como diversos factores pueden influir en las Enfermedades de Transmisión Alimentaria (ETA), *por la falta de higiene personal, el uso de agua no potable, el almacenamiento inadecuado, la manipulación por personas con alguna*

*patología, la adición de alimentos crudos o aditivos contaminados en comidas que no se cocinan posteriormente, la contaminación cruzada, el contacto de alimentos con productos químicos de limpieza, el uso de sobras, la limpieza y desinfección inadecuadas de equipos y utensilios, la cocción o recalentamiento insuficientes, la descongelación inadecuada, la limpieza y sanitización insuficientes de vegetales y frutas, la conservación a temperatura ambiente o la presencia de insectos o roedores* (Núñez *et al.*, 2022), con todos estos elementos se deben sumar los usos, prácticas y costumbres de estas ETA, con lo cual la territorialidad de los alimentos callejeros quedan en un limbo no propicio para la salud pública.

La carga de ETAs, que incluye estimaciones anuales del número de casos, hospitalizaciones y muertes asociadas, se calculó en Francia para 15 patógenos principales. Se estimó que estos patógenos causan 1,5 millones de casos de enfermedades transmitidas por alimentos anualmente (intervalo de credibilidad del 90%, IC90, entre 1,3 y 2,2 millones). Las noticias en México relacionadas con ETAs son alarmantes y siguen en aumento, un primer caso fue, que recientemente se presentó en Tlaxcala tres muertes y 84 casos confirmados de Guillain-Barré, de estos casos, 64 personas han sido dadas de alta después de recibir tratamiento hospitalario, mientras que 17 siguen internadas, esta enfermedad se asoció al consumo de pollo, aunque el síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad neurológica poco común que afecta el sistema nervioso periférico e idiopática, esta se caracteriza por una debilidad progresiva y parálisis que pueden comenzar en las extremidades y ascender, su progresión puede afectar los músculos respiratorios, lo que requiere atención médica urgente. Un segundo caso las situaciones relacionadas con las ETAs, fue la confirmación del hallazgo de *Salmonella* en un negocio de 'Pollo Matón' relacionado con la muerte de dos menores en Escobedo, Nuevo León. La *Salmonella* es un género de bacterias que pueden causar infecciones intestinales en humanos. Estas infecciones, conocidas como salmonelosis, pueden variar desde casos leves de gastroenteritis

hasta enfermedades graves que requieren hospitalización, especialmente en niños, ancianos y personas con sistemas inmunológicos debilitados. De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México registró 3 millones 457 mil 964 casos de enfermedades infecciones intestinales en 2022, con más de 23 mil casos por intoxicación alimentaria bacteriana, más del 70% de los casos de ETAs se originan debido a una manipulación inadecuada de los alimentos (Augustin et al., 2020). Con estos ejemplos podemos demostrar que la realidad social asociada a ETAs, es un problema de salud pública que debe abordarse desde aproximaciones transdisciplinarias de manera urgente, y no esperar crisis sanitarias a partir de los alimentos.

**Foto 1. Manejo Inadecuado de Alimentos**  
**(chicharrón a la intemperie, venta en banqueta sin vitrina de vidrio que proteja el producto)**



Fuente Propia.



**Foto 2. Manejo Inadecuado de Alimentos**  
(preparación de carne de puerco —carnitas— en banqueta, con personal barriendo la calle sin protección de los alimentos)



Fuente Propia.

**Foto 3. Manejo Inadecuado de Alimentos**  
(traslado de pollos en transporte público —bicitaxi—, a la intemperie sin protección del producto o caja de refrigeración)



Fuente Propia.

## Transgresiones alimentarias en la comida callejera

La "transgresión alimentaria" es cualquier acción que no sigue las normas y regulaciones establecidas para la producción, manipulación, distribución y consumo de alimentos, poniendo en riesgo la seguridad alimentaria y la salud de los colectivos. Estas acciones pueden ser intencionales o no intencionales y pueden ocurrir en cualquier etapa de la cadena alimentaria, desde la producción hasta el consumo (OMS, 2022).

Bajo este concepto, existen diversos tipos de transgresión alimentaria. Por ejemplo: a) la contaminación de alimentos, que se puede dar por la utilización de ingredientes contaminados con bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas tóxicas; b) manipulación inadecuada de alimentos la cual puede llevar a la contaminación cruzada; c) el etiquetado falso o engañoso, donde las etiquetas no reflejan correctamente los ingredientes, la fecha de caducidad, el origen del producto, o los alérgenos presentes también es un ejemplo de estas transgresiones (Carballo *et al.*, 2012); d) regulaciones sanitarias incumplidas, por nula supervisión de instituciones públicas en salud o por falta de instrucción en los preparadores de alimentos.

De esta forma la comida callejera preexiste dentro de un territorio fuera de la ley, donde los alimentos no son supervisados ni regulados por ninguna autoridad, es así que los precios, las porciones y la preparación, son propios de un territorio alimentario, y aunado a los anterior, se suma recientemente, la gastronomía callejera, la cual incorpora elementos que mejoran su aceptación, al incluir productos adictivos y de buen gusto culinario, pero nunca supervisados por alguna autoridad del área de la nutrición.

Esta comida callejera adquirió un significado diferente al de los estereotipos tradicionales (Cisneros *et al.*, 2019). Sin embargo, se ha demostrado que existe una transgresión en los alimentos callejeros, esto puede incluir la manipulación inadecuada de alimentos, el uso de ingredientes contami-

nados, el incumplimiento de regulaciones sanitarias, o cualquier acción que comprometa la inocuidad y calidad de los alimentos destinados al consumo humano, la producción o preparación de alimentos en ambientes sucios o con prácticas de higiene deficientes y el uso de agua contaminada en la preparación o procesamiento de alimentos son ejemplos claros de esto. Por otra parte, la falta de cumplimiento con las regulaciones locales, nacionales o internacionales sobre seguridad alimentaria es un otro nivel de transgresión que puede afectar a la salud pública (Arellano-Narváez *et al.*, 2020), por lo cual este territorio se ha conformado a través de la oferta, la demanda y gustos culinarios, donde los vendedores son dueños de una basta carga de prácticas culturales que se mueven a través de esta comida callejera, pero que condiciona un problema grave para la salud pública (Foto 4).

**Foto 4. Manejo Inadecuado de Alimentos**  
(Captan a hombre sacando agua de registro para hacer aguas frescas)



Fuente Milenio. Link: <https://www.youtube.com/watch?v=7XlREKu5ST0>

## **Prácticas inadecuadas**

Los alimentos pueden contaminarse en cualquier etapa, desde la producción hasta el consumo. Y es responsabilidad de los productores, transportistas, procesadores, distribuidores

y manipuladores de alimentos garantizar su seguridad (Chekol *et al.*, 2019). Así que, en los establecimientos públicos de alimentos, los manipuladores son los principales responsables de la contaminación, ya que pueden actuar como portadores biológicos o físicos de numerosos patógenos. El grado de contaminación de los alimentos depende en gran medida del nivel de contacto que estos manipuladores tengan con los alimentos (Tessema *et al.*, 2014).

La contaminación de los alimentos se debe principalmente a malas prácticas de manipulación, lo que provoca numerosas enfermedades transmitidas por alimentos. Estas enfermedades son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. A nivel mundial, más del 50% de los casos de intoxicación alimentaria se atribuyen a procedimientos inadecuados de manipulación de alimentos (Lee *et al.*, 2017).

Cabe destacar que los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos a menudo pasan desapercibidos, no se denuncian o no se investigan, y solo se vuelven visibles si tienen un impacto significativo en la salud pública o en la economía. Es fundamental contar con información precisa sobre la carga de las ETAs para informar adecuadamente a los responsables políticos y asignar los recursos apropiados a los esfuerzos de intervención y control de la seguridad alimentaria (OMS, 2015).

Es así que las prácticas inadecuadas por parte de los vendedores de alimentos callejeros, deben constituir un seguimiento puntual por parte de la secretaria de salud, dando cursos de capacitación en manejo de alimentos y supervisando la venta de estos productos, y así mismo realizar campañas de concientización en el consumidor respecto a la compra de comida callejera, esto para mejorar la salud pública de los colectivos. Puesto que estas enfermedades por prácticas inadecuadas constituyen un importante problema de salud pública debido a su alta incidencia a nivel mundial, y esta se puede combatir con la concientización de prácticas adecuadas (Fernández *et al.*, 2018).

Las ETAs siguen siendo un importante problema de salud pública problema a nivel mundial (Afolaranmi *et al.*, 2015). La contaminación puede ocurrir en cualquier momento durante su preparación, resaltando la importancia de la alimentación seguridad e higiene en la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos (Bafa *et al.*, 2019).

## **Regulaciones en salud**

La prevención de la transgresión alimentaria es fundamental para garantizar la inocuidad de los alimentos y proteger a la población. Por lo tanto, se debe tener en cuenta elementos que sirvan de estrategias y medidas que pueden ser implementadas para prevenir estas transgresiones:

### *Normatividad de regulación de buenas prácticas alimentarias*

Cada país cuenta con su propia Normatividad, aunque existen directrices Internacionales como; Codex Alimentarius, FAO/OMS, FDANOM. Dentro de la regulación mexicana están; las Norma Oficiales Mexicanas, NMX. Norma Mexicana de HACCP (Hazard Analysis and critical control points).

En 2016, el Diario Oficial de la Federación emitió la declaración de vigencia de la Norma Mexicana NMX-F-605-NOR-MEX-2015. Esta norma establece los principios para mantener buenas prácticas de higiene y sanidad que deben seguir los prestadores de servicios de alimentos y bebidas con el fin de obtener el Distintivo “H”. Aplicable a todos los establecimientos fijos que se dedican al manejo de alimentos y bebidas en todas sus etapas: recepción, almacenamiento, preparación y servicio (Diario Oficial de la Federación, 2016).

El "Distintivo H" es una distinción otorgada por la Secretaría de Turismo, respaldada por la Secretaría de Salud, a los proveedores de servicios de alimentos y bebidas que cumplen con los estándares establecidos por este programa. Este

programa surge como respuesta a la necesidad de combatir las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA). Su objetivo principal es mejorar la calidad de los servicios de higiene alimentaria en el sector turístico (SECTUR, 2019).

### *Regulación y legislación estricta*

Se propone el desarrollo de Normativas claras que se establezcan y actualicen continuamente normativas sobre la producción, manipulación, etiquetado y comercialización de alimentos, además de implementar normativas específicas para el uso de aditivos, conservantes y otros ingredientes. Es necesario asegurar que las leyes y regulaciones sean estrictamente aplicadas, se deben realizar inspecciones regulares y auditorías de los establecimientos alimentarios (Diario Oficial de la Federación, 2016).

### *Manejo higiénico de los alimentos*

El manejo higiénico de los alimentos son las prácticas empleadas en la manipulación de alimentos para conservarlos inocuos y evitar las ETA o las intoxicaciones. Por otro lado, se deben de considerar ciertos aspectos como el almacenamiento, ya que debe ser un lugar separado y delimitado de cualquier área de manipulación o almacenado de materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios (Arroyo *et al.*, 2021).

Las materias primas, alimentos, bebidas y suplementos alimenticios deben colocarse sobre mesas, estibas, tarimas, anaqueles, entrepaños, estructuras u otras superficies limpias para evitar su contaminación. Además, deben disponerse de manera que permita una adecuada circulación del aire.

En cuanto a la higiene del personal, es fundamental mantener una buena presentación en el área de trabajo, con ropa y calzado limpios, cabello corto o recogido, y uñas recortadas y sin esmalte. No se permite el uso de joyería ni adornos en

manos, cara (incluyendo boca y lengua), orejas, cuello o cabeza (Mejía *et al.*, 2019).

Las temperaturas son un aspecto crucial en el manejo adecuado de los alimentos. La temperatura mínima interna de cocción de los alimentos debe ser de al menos 63°C (145°F) para pescado, carne de res en trozos y huevo de cascarón que ha sido quebrado para cocinarse y ser consumido inmediatamente a solicitud del cliente. Para la carne de cerdo en trozos, carnes molidas de res, cerdo o pescado, carnes inyectadas y huevo de cascarón que ha sido quebrado para cocinarse y exhibirse en una barra de buffet, la temperatura mínima debe ser de 68°C (154°F). Para embutidos de pescado, res, cerdo o pollo, rellenos de pescado, res, cerdo o aves, y carne de aves, la temperatura mínima interna debe ser de 74°C (165°F) (Ruz *et al.*, 2020).

Es importante tener en cuenta que, al recalentar cualquier alimento preparado, debe alcanzar una temperatura mínima de 74°C (165°F). Además, los alimentos preparados y listos para servir, así como aquellos que se exhiben en barras de comida, deben cumplir con las siguientes pautas de temperatura: los alimentos calientes deben mantenerse a una temperatura superior a 60°C (140°F), mientras que los alimentos fríos deben mantenerse a una temperatura de 7°C (45°F) o menos. (Arroyo *et al.*, 2021)

En 2009, el Diario Oficial de la Federación emitió la declaración de vigencia de esta norma, la cual tiene como objetivo establecer los requisitos mínimos de buenas prácticas de higiene que deben seguirse en la producción de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, así como en el manejo de sus materias primas, con el fin de prevenir su contaminación durante todo el proceso.

## **Educación y capacitación**

Se debe proveer capacitación continua a todos los empleados involucrados en la cadena alimentaria sobre buenas prácticas de manufactura (BPM) y principios de higiene. Pero, tam-

bién es importante desarrollar campañas educativas para informar a los consumidores sobre la importancia de la seguridad alimentaria y cómo identificar productos de calidad (Aparici, 2017).

## **Trazabilidad y transparencia**

Se tienen que implementar sistemas de trazabilidad que permitan rastrear los alimentos desde la producción hasta el consumidor final, para poder asegurar que todos los actores en la cadena alimentaria mantengan registros precisos y actualizados. Promoviendo de esta manera la transparencia en la cadena de suministro alimentaria, lo que permitirá a los consumidores acceder a información sobre el origen y el procesamiento de los productos (Briz *et al.*, 2004).

## **Sanciones severas**

Es importante considerar imponer sanciones severas, incluyendo multas, a aquellos que violen las normativas de seguridad alimentaria, para lograr esto, se debe fomentar la colaboración entre agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado para mejorar la seguridad alimentaria. Además de establecer redes de alerta rápida para la detección y respuesta inmediata a incidentes de seguridad alimentaria.

## **Investigación y desarrollo**

Es importante que las instituciones gubernamentales y educativas financien y promuevan la investigación en métodos innovadores para mejorar la seguridad alimentaria y prevenir transgresiones. Se debe apoyar el desarrollo y la implementación de nuevas tecnologías que puedan detectar y prevenir contaminaciones y problemas alimentarios (Quinchía y Ospina, 2019).



## Conclusiones

La transgresión alimentaria es un fenómeno complejo que abarca desde prácticas inadecuadas de manipulación de alimentos hasta violaciones de normas y regulaciones de seguridad alimentaria, en un territorio donde las prácticas culturales en torno al manejo, manipulación y cocción de estos alimentos se lleva a cabo por sus usos y costumbres, los cuales implican riesgos significativos para la salud pública, ya que pueden provocar brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, afectando la salud y el bienestar de las personas.

Es crucial abordar este problema mediante la implementación de medidas efectivas de control, regulación, supervisión y concientización entre vendedores y consumidores, promoviendo la educación y conciencia sobre la importancia de la higiene alimentaria en todas las etapas de la cadena alimentaria. Solo a través de un enfoque integral y colaborativo podemos reducir los riesgos asociados con la transgresión alimentaria y garantizar la seguridad de los alimentos que consumimos.

## Bibliografía

- Afolaranmi, TO, Hassan, ZI, Bello, DA y Misari, Z. (2015).**  
Conocimiento y práctica de la seguridad e higiene de los alimentos entre los vendedores de alimentos en las escuelas primarias de Jos, estado de Plateau, centro-norte de Nigeria. *J Med Res*, 4 (2), 016-22.
- Aparici, E. Z. (2017).**  
Educación alimentaria: salud y cohesión social. *Salud colectiva*, 13, 295-306.
- Arellano-Narváez, R., & Acosta-Gonzaga, E. (2020).**  
Prácticas de higiene en el proceso de elaboración de alimentos en microempresas de un mercado de Ciudad de México. Estudios sociales. *Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, 30(56).
- Arroyo, G., Munguia, M. (s.f.). (2021).**  
*Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos*. Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/practicas.html>
- Augustin JC, Kooh P, Bayeux T, Guillier L, Meyer T, Jourdan-Da Silva N, Villena I, Sanaa M, Cerf O. (2020).**  
On Behalf Of The Anses Working Group On Consumer Information On Foodborne Biological Risks. Contribution of Foods and Poor Food-Handling Practices to the Burden of Foodborne Infectious Diseases in France. *Foods*. Nov 11;9(11):1644. doi: 10.3390/foods9111644. PMID: 33187291; PMCID: PMC7697675.
- Bafa TA, Sherif EM, Hantalo AH, Woldeamanuel GG. (2019).**  
Magnitude of enteropathogens and associated factors among apparently healthy food handlers at Wolkite University Student's Cafeteria, Southern Ethiopia. *BMC Res Notes*. Sep 11;12(1):567. doi: 10.1186/s13104-019-4599-z. PMID: 31511045; PMCID: PMC6737660.
- Briz, J., & De Felipe, I. (2004).**  
Seguridad alimentaria y trazabilidad. Universidad Politécnica de Madrid. *ETSI Agrónomos*, 28040.
- Carballo Herrera, A. R., Villarreal Gómez, A., & del Toro Martínez, J. J. (2012).**  
La etiqueta nutricional, política de seguridad alimentaria. *Investigación y desarrollo*, 20(1), 168-189.
- Chekol F. A., Melak M. F., Belew A. K., Zeleke E. G. (2019).**  
Food handling practice and associated factors among food handlers in public food establishments, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. Jan 14;12(1):20. doi: 10.1186/s13104-019-4047-0. PMID: 30642374; PMCID: PMC6332519.

**Cisneros F. H., López O. A., Hernández L. R. (2019).**

Comida callejera y espacio social entre los habitantes de la ciudad de Toluca, México. *Academia Journals Celaya*. 11 (9). ISSN 1946-5351.

**Fernández, N., Cabral de Bejarano, S., Estigarribia, G., Ortiz, A., & Ríos, P. (2018).**

Aplicación de las 5 claves de la OMS para medir las condiciones higiénico-sanitarias de los servicios de alimentación de hospitales del departamento de Caaguazú. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 16(2), 21-31. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v16n2/1812-9528-iics-16-02-21.pdf> (Acceso octubre 2021).

**Lamuka P. O. (2014).**

Public health measures: challenges of developing countries in management of food safety. *Encycl of Food Saf*. 4: 20-6.

**Lee H. K., Abdul Halim H., Thong K. L., Chai L. C. (2017).**

Evaluación del conocimiento, la actitud, las prácticas auto informadas y la higiene microbiológica de las manos de los manipuladores de alimentos en materia de seguridad alimentaria. *Int J Environ Res Salud Pública*. 14 (1):55. doi: 10.3390/ijerph14010055.

**Liu Z. R., Zhang G. Y., Zhang X. M. (2014).**

Urban street foods in Shijiazhuang City, China: current status, safety practices and risk mitigating strategies. *Food Control*. 41(1):212-8.

**Mejía, G., & Gabriel, L. (2019).**

Diseño de un manual básico para el aseguramiento de la calidad en el área de cocina del restaurante "El Bonny" en la ciudad de Riobamba. (Bachelor's thesis, Escuela Superior Politécnica

**Ning, L. I. (2017).**

Implementation and application of food safety risk assessment system in China. *J Food Sci Technol*. 35(1):1-5.

**NORMATIVIDAD, S. D. (13 de 06 de 2016 ).**

*Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5441034&fecha=13/06/2016](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5441034&fecha=13/06/2016)

**Núñez, A. G. M., Herrera, J. F. O., Copa, O. E. P., & Jaramillo, K. M. P. (2022).**

Manejo higiénico de los alimentos y enfermedades de transmisión alimentaria. *Boletín de malariología y salud ambiental*, 62(4), 804-811.

**Organización Panamericana Salud. (2015).**

*Principios generales de Higiene de los Alimentos del Codex*. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10562:2015-principiosgenerales-de-higiene-de-los-alimentos-del-codex&Itemid=41271&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10562:2015-principiosgenerales-de-higiene-de-los-alimentos-del-codex&Itemid=41271&lang=es) (Acceso enero 2022).

**Organización W. H. (2015).**

*Estimaciones de la OMS de la carga mundial de enfermedades transmitidas por alimentos: grupo de referencia de epidemiología de la carga de enfermedades transmitidas por alimentos 2007-2015*. Ginebra: OMS.

**Quinchía, C. C. R., & Ospina, C. Q. (2019).**

La importancia del modelamiento en la evaluación de riesgos microbiológicos para la inocuidad alimentaria: contexto y potencial para Colombia. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 1(2), 1-3.

**Ruz, D. E. M., Valencia, K. G. M., & Aguilar, M. E. S. (2020).**

Conocimientos, habilidades y actitudes en el manejo higiénico de los alimentos.

**SENASICA (2024).**

*Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Alimentaria. Monitoreo de Inocuidad Alimentaria*. Fecha de Consulta: 20 de junio 2024. Link: [https://dj.senasica.gob.mx/Contenido/files/2022/agosto/MonitorInocuidad11082022\\_0095d564-b0aa-491f-b394-4a359213f108.pdf](https://dj.senasica.gob.mx/Contenido/files/2022/agosto/MonitorInocuidad11082022_0095d564-b0aa-491f-b394-4a359213f108.pdf)

**Tessema AG, Gelaye KA, Chercos DH. (2014).**

Factores que afectan las prácticas de manipulación de alimentos entre los manipuladores de alimentos de los establecimientos de alimentos y bebidas de la ciudad de Dangila, noroeste de Etiopía. *Salud pública de BMC*. 14 (1):571. doi: 10.1186/1471-2458-14-571.

**Turismo, S. d. (03 de 2019).**

SECTUR. Recuperado de [http://www.sectur.gob.mx/gobmx/wp-content/uploads/2019/03/DISTINTIVO\\_H\\_2019.pdf](http://www.sectur.gob.mx/gobmx/wp-content/uploads/2019/03/DISTINTIVO_H_2019.pdf)

**Wang, Y., L. Wang, H. Xue, and W. Qu. (2016).**

A review of the growth of the fast-food industry in China and its potential impact on obesity. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 13:1112.

**Zamora, I. E., & Barbosa, Y. (2019).**

Los riesgos de manipulación de los alimentos funcionales y su importancia para la salud. *Correo Científico Médico*, 23(3), 976-993. Disponible [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812019000300976&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000300976&lng=es&tlng=es) octubre 2021).

**Zoonosis. (OMS, 2024).**

Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses>

# **CAPÍTULO 11.**

## **COVID-19, TERRITORIO E INEQUIDAD: RETROSPECTIVA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

**LUIS ENRIQUE HERNÁNDEZ GAMUNDI  
ANGÉLICA HEREDIA SÁNCHEZ  
ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES  
DONOVAN CASAS PATIÑO**

### **Introducción**

**LA VIDA INICIA** como resultado de diversos procesos biológicos que habrán de perdurar a lo largo de la vida, esto ha llevado desde antiguos tiempos al estudio de la patogénesis y el Proceso Salud Enfermedad Atención Cuidado Muerte (PSEACM) desde diversas perspectivas, estableciendo la conservación de la salud como una prioridad, pero muchas de las veces este manejo se sustenta en la unicausalidad del modelo biomédico, paradigma que sin duda genera valiosa evidencia para el manejo clínico de las patologías, sin embargo deja de lado el carácter multicausal de la patogénesis, al respecto Antoñanzas y Gimeno (2022 p. 13) refieren que el enfoque biomédico es “una teoría dominante sobre la producción de enfermedad, explica el origen de las enfermedades mediante factores biológicos y genéticos. Este enfoque tiene en cuenta los hábitos de vida individuales por encima de las condiciones sociales que los favorecen y mantienen”. Por tanto, incluir a la perspectiva social en el manejo de las

patologías, resulta adecuado pues evidencia la magnitud de los estragos generados, otorgando un mayor entendimiento del PSEACM. Un abordaje el PSEACM desde una perspectiva multicausal permite correlacionar los disímiles factores que permean la patogénesis, como es la estratificación social misma que subsume a quienes integran los colectivos sociales más vulnerables, en un ambiente de inequitativas condiciones de acceso a la salud.

Cortés y Ponciano (2021, p. 10) indican que “estos grupos presentan mayor riesgo de enfermar y morir, ya que por las características de su entorno tienen mayor exposición a factores de riesgo al tiempo que tienen menos factores protectores o recursos para hacer frente a las enfermedades” situación ampliamente percibida durante la fase álgida de la pandemia por COVID-19 patología cuyo contexto histórico se remonta a los albores del año 2020 en Wuhan provincia de Hubei perteneciente a la República Popular de China, cuya población estaba siendo afectada por una ignota enfermedad, en ese momento tan solo referida como una neumonía atípica, hoy ampliamente diagnosticada en sus diversas variantes como COVID-19 la cual generó una vertiginosa escalada de contagios y la trágica pérdida de vidas humanas, sobre el manejo multicausal de esta patología, es importante indicar que abordar la pandemia como problema social implica “mirar más allá de las características del virus, su capacidad de propagación y los factores biológicos individuales, para enfocarse en los verdaderos determinantes sociales y así promover equidad en los servicios de salud e identificar dónde intervenir de manera efectiva” (Parra y Caza, 2021, p. 48).

## **Determinantes Sociales de la Salud: Enfoque multicausal de la COVID-19**

Emprender un acercamiento a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) conlleva retomar los señalamientos emitidos por López *et al.*, (2008) quienes establecen que el PSE y la patogénesis junto a otros procesos vitales disponen de una

dimensión material cuya expresión se presenta de manera orgánica, biológica y social, así como una dimensión subjetiva que interpreta la forma como se vive; enfocar estos procesos con la intersubjetividad colectiva, permite entenderlos desde la multidimensional esfera donde intervienen factores del orden biológico, psicológico, social, material y subjetivo que repercuten en el estado de salud y enfermedad; Cortés, *et al.*, (2021, p. 37) indican que “la salud es un dinámico estado de bienestar que puede alcanzar diferentes estadios dependiendo de las interacciones de los diferentes elementos que conforman este complejo proceso y que aborda a la persona en su totalidad” en este sentido un enfoque desde la perspectiva multifactorial pocas veces es abordado, pues no lo consideran vital, de esta manera la perspectiva unicausal y biologicista deja de lado la vasta y vetusta evidencia científica generada sobre las implicaciones de la multicausalidad en la patogénesis y el PSEACM, cuyo origen se remonta a la medicina social europea, la cual establece que la salud del pueblo es motivo de preocupación social y que las condiciones sociales y económicas tienen relación con la salud y la enfermedad (López *et al.*, 2008; Piñón, *et al.*, 2023, p. 48).

Tal planteamiento fue refrendado mediante disímiles axiomas emitidos por Louis René Villermé, Rudolf Virchow y Edwin Chadwick entre otros; mismo que avanzó en el tiempo hasta los años 70 del siglo XX en Canadá e Inglaterra donde Hubert Laframboise, Marc Lalonde y Michelle Marmot resaltaron las implicaciones de las condiciones sociales en la salud, al respecto Acero, *et al.*, (2013) mencionan que en 1978 la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud de Alma-Ata representó un primer acercamiento a los DSS, pero no fue sino hasta el presente siglo XXI cuando la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005) estableció que las “inequidades sanitarias son consecuencia de un complejo sistema (...) donde el lugar que cada cual ocupa en la jerarquía afecta sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo (...) su vulnerabilidad ante la mala salud y las consecuencias de la enfermedad” instaurando en el 2005 la

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) definiendo a los DSS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; tales circunstancias parten de la inequitativa distribución del dinero, poder, recursos y las políticas adoptadas, condiciones inequitativas que representan grandes diferencias en salud” mientras Chávez y Díaz (2022 p. 5) a partir de lo establecido por la OMS los define como:

El conjunto de factores socioeconómicos, políticos y estructurales que confluyen en una sociedad determinada. Sumados a las características de los individuos, la susceptibilidad o resistencia a las enfermedades y la accesibilidad a la atención médica de calidad, dichos determinantes producen diferentes resultados en la salud.

En este orden de ideas Martich (2021 p. 118) establece que “la salud es mucho más que la mera ausencia de la enfermedad y se vincula con un estado de bienestar bio-psico-social. Que una persona tenga más o menos salud depende, por supuesto, de factores biológicos, pero también sociales e institucionales” sin embargo, el manejo de las patologías se ha perpetuado desde la perspectiva biologicista y unicausal, panóptica reacia a la apertura epistemológica de la multicausalidad, aun cuando la humanidad enfrentó hace menos de un lustro la pandemia por COVID-19 cuya expedita propagación y efectos a la salud provocó una crisis sanitaria sin precedentes (Cortés y Ponciano, 2021, p. 9); así la desigualdad social aunada a los efectos biológicos de un territorio marcan las inequitativas diferencias de acceso a la salud entre quienes habitan los antagónicos polos de la estratificación social “las condiciones multifactoriales de pobreza influyen en el acceso a los servicios sanitarios y el estado de salud (...) se han identificado importantes diferencias en los niveles de salud según los estratos sociales y lugares geográficos” (Cortés y Ponciano, 2021 p. 9).

Ruíz (2015) indicó que la naturaleza y efectos de la desigualdad social entre las culturas sobre el ámbito de la salud, ha despertado gran interés y que la salud de una población



no depende solo de los servicios de atención sanitaria, sino también de factores sociales y económicos como: clase social, condiciones laborales, entorno, origen étnico, marginación o carencia de servicios básicos (drenaje, electricidad, pavimentación y transporte público). Lo anterior lleva a la reminiscencia de aquellos pandémicos tiempos, cuando para enfrentar el vertiginoso umbral de contagios y la lamentable pérdida de vidas humanas generadas por la COVID-19 el sistema de salud replanteó sus políticas adoptando estrategias de corte social; sobre el particular Casas (2021, p. 299) señala “situaciones tan diversas, donde lo sanitario se combina con las condiciones sociales requieren respuestas diferenciadas sostenidas en conocimiento que consideren los determinantes sociales de la salud en diferentes realidades” este autor también refiere la factibilidad de generar condiciones idóneas para sobrevivir, que dependerán del grado con el que sean tomadas en cuenta las condiciones de vulnerabilidad, pobreza y desigualdades de cada país y región.

Sin embargo, a pesar de lo difícil que fue implementar un manejo integral de la COVID-19 desde las vertientes biológica y social, durante esta etapa fue perceptible un loable avance que llevó a reconocer la importancia de las medidas sociosanitarias como el distanciamiento y el aislamiento social, mismas que resultaron eficaces para disminuir la elevada tasa de incidencia de esta enfermedad; situación que dentro del margen de la denominada “nueva normalidad” permitió hasta cierto punto continuar con el curso de la vida y sus múltiples aristas.

El abordaje de la pandemia como problema social requiere mirar más allá de las características del virus, su capacidad de propagación y los factores biológicos individuales, para enfocarse en los verdaderos determinantes sociales y así promover equidad en los servicios de salud e identificar dónde intervenir de manera efectiva (Parra y Caza, 2021, p. 45).

Pese a lo anterior, estas medidas tuvieron el inconveniente de no haber podido ser aplicadas adecuadamente, en los entornos de los diferentes colectivos sociales principal-

mente aquellos cuyos integrantes no tuvieron la oportunidad de permanecer en casa durante la fase álgida de la pandemia pues debían trabajar para cubrir sus necesidades básicas, al respecto Casas (2021, p. 298) refiere:

Lo que ha mostrado la experiencia es que ha golpeado de manera más intensa a poblaciones vulnerables, ya sea a los grupos de mayor edad, a los que se encuentran en situación de pobreza, a países con densidad de población alta, así como a grupos sociales que no han podido responder al confinamiento con distancia social, ni suspender temporalmente los trabajos por depender de ellos para su sustento diario.

A pesar de lo antes comentado, la COVID-19 ha sido poco estudiada desde la multicausalidad y menos aún desde la vertiente de las ciencias auxiliares de la biología, como es el área de las ciencias sociales aplicadas a la salud; es el caso de los DSS cuyo análisis aplicado desde la propia realidad social de quienes en desventajosas condiciones sociosanitarias y territoriales enfrentaron los embates de la pandemia, aportaría valiosa información sobre el manejo de la patología en comentario esto permitiría establecer protocolos adecuados para su prevención y atención.

Las ciencias sociales, al igual que las biomédicas, proveen conocimientos para hacer frente a la pandemia, esta perspectiva aún no ha sido asumida por los tomadores de decisiones en las estrategias que se han puesto en marcha (...) nuestras disciplinas se conciben a sí mismas como generadoras de conocimiento posterior a la ocurrencia del fenómeno para entender sus impactos (...) y generar propuestas sustentadas en conocimiento (Casas, 2021, p. 299).

## **Territorio: Un Determinante de la Pandemia por COVID-19**

Analizar las implicaciones del territorio como determinante de la COVID-19 lleva al estudio de las diferentes acepciones del concepto de territorio, a fin de definirlo desde aquella perspectiva que permita entender su aplicación y repercu-

sión en el ámbito de la salud pública, en este sentido Rodríguez *et al.*, (2021, p. 107) establecen que “el territorio es un concepto polisémico y forma parte de los referentes teóricos que tienen como objeto de estudio los múltiples tipos de interacciones entre los seres humanos, los procesos sociales y los políticos-geográficos de un Estado-nación” por tanto para establecer el carácter del territorio como determinante social es imprescindible concebir que “la teorización de los procesos territoriales en salud pública está vinculada a la definición del territorio como espacio físico externo, que se entiende como referencia a un espacio que enferma o que cura, a zonas insalubres o salubres” (Molina, 2018, p. 5) esta salutogénica mirada aborda el alcance del territorio más allá de una demarcación geográfica abarcando las repercusiones biopsicosociales (BPS) al estado de salud y enfermedad del individuo.

Las condiciones particulares de cada territorio alteran las formas de vida e interacción de las personas, el grado de afectación generado depende de las características y dinámica de un territorio y la manera en la cual impacta a los determinantes estructurales ahí conjugados como son ingreso, educación, género, políticas públicas y sistema de salud por citar algunos; este abordaje del territorio desde un planteamiento estructural y conceptual, resulta esencial para asimilar:

Las desigualdades en los procesos de salud enfermedad y muerte, es decir, las diferencias en las formas de enfermar y morir, en las formas de sufrir (...) abordar el territorio, demandaría una reorientación de la acción de la salud pública para actuar sobre la determinación social de los procesos salud-enfermedad y muerte, re-territorializando su intervención (Borde; Torres, 2017, p. 265).

La dinámica territorial considera incluso aquellas formas en las cuales el sentido biopsicosocial del ser humano influye sobre la manera de cómo los individuos se integran, desenvuelven y coexisten dentro de los límites físicos, geográficos, objetivos y subjetivos de un territorio; en este orden de ideas Rodríguez, *et al.*, (2021, p. 107) señalan que “los es-

pacios físicos, límites geográficos y otros elementos de tipo socio espacial, han sido abordados desde diferentes disciplinas tanto para explicar fenómenos y procesos intrínsecos, como para analizar su relación y contexto” de tal manera que los determinantes impactan la salud de quienes habitan, pertenecen o están circunscritos en un territorio, pues como se ha mencionado, es ahí donde cursan diferentes situaciones sociosanitarias cuya diaria observancia determina la salud, la enfermedad e incluso la vida o muerte; esto define el territorio como “un escenario que se construye a partir de las relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales, configurando el escenario donde pulsa la vida, la salud, la enfermedad y la muerte” (Borde y Torres, 2017, p. 265).

En este mismo orden de ideas, cabe mencionar que aun cuando se ha establecido que la etiología y complicaciones de la COVID-19 responden en mayor grado a factores biológicos, también es un hecho que el impacto de las condiciones territoriales y su organización social potencializaron su diseminación, generando escenarios complejos en salud permeados por la acumulación de las desventajas presentes de facto en cada territorio; al respecto Rodríguez *et al.*, (2021, p. 108) señalan que, el teorizar los procesos territoriales desde la salud pública refiere una evolución del concepto territorio, reorientado hacia la perspectiva epidemiológica del riesgo, que escudriña la determinación social de una población o zona geográfica. Por lo cual explorar las implicaciones de la multicausalidad en la patogénesis de esta enfermedad, desde diversos niveles estructurales y funcionales develaría sus complejos nodos; interpretando la relación entre las implicaciones del territorio con la COVID-19 durante la pandemia y sus efectos en quienes lo habitan; tal y como lo establecen Borde y Torres (2017, p. 265) “el territorio es el escenario fundamental donde transcurre la vida. En él se expresa la condición de existencia material de las sociedades, establecida por los procesos productivos y reproductivos que se dan en su interior”.

## Conclusiones

Abordar la COVID-19 desde los Determinantes Sociales de la Salud permitiría implementar estrategias sociosanitarias que coadyuven a mitigar su causa y efectos, en busca del restablecimiento de la equidad en el acceso a la salud, sin embargo, de continuar ignorando la importancia del territorio en este ámbito y haciendo caso omiso de los postulados establecidos a la luz de los DSS respecto a la multicausalidad de la COVID-19 pero ahora durante la postpandemia, continuarán presentándose elevadas tasas de contagio, debido a la permeabilidad de la desigualdad social en la patogénesis y el PSEACM, es aquí donde reside la imperiosa necesidad de implementar acciones tendientes a abatir o al menos aminorar la desigualdad social, misma que inequívocamente conduce al desarrollo de estados patológicos.

Lo antes mencionado requiere la transdisciplinar participación de las ciencias a fin de obtener como resultado una verdadera emancipación de la salud es decir, libre de todo distingo discriminatorio estigmatizado desde factores como la condición social, género, raza, etnia, color, credo, preferencias, intereses económicos o cualquier otro condicionante de la salud; por lo antes señalado respecto al análisis y manejo de los determinantes sociales de la salud, resulta imprescindible incorporar al territorio como categoría de estudio, debido a su “relevancia para el desarrollo del curso de la vida, de formas de producción y reproducción social intrínsecamente relacionados con el contexto geográfico, social y político, así como parte clave de las condiciones y circunstancias ecológicas donde se desarrolla la vida” (Berenguer, Pérez, Dávila & Sánchez, 2017; Cortés, *et al.*, 2021, p. 40).

## Bibliografía

**Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L. y Sánchez, G. (2013).**

Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 103-110.

**Antoñanzas, A. y Gimeno, L. (2022).**

Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(1), 12-19. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n1/1699-695X-albacete-15-01-12.pdf>

**Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017).**

El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em debate*, 41, 264-275. <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe2/264-275/es>

**Casas, R. (2021).**

*Las complejas relaciones entre ciencia, tecnología y sociedad: dilemas a propósito de la epidemia de COVID-19*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM.

**Cortés-Meda, A., & Ponciano-Rodríguez, G. (2021).**

*Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México*. Boletín sobre COVID-19, 2(17), 9-13. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.17-04-Impacto-de-los-determinantes-sociales-de-la-COVID-19-en-Mexico-v2.pdf>

**Cortés-Tello, F. A., Silva-Jiménez, D., Arancibia-Morales, D. A., & Muñoz-Marín, D. L. (2021).**

El Territorio como Determinante Social de la Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje. *Revista Salud y Administración*, 8(23), 37-51. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/215/170>

**Chávez-Almazán, Luis A., Díaz-González, Lorena, & Rosales-Rivera, Mauricio. (2022).**

Determinantes socioeconómicos de salud y COVID-19 en México. *Gaceta médica de México*, 158(1), 4-11. Epub 25 de abril de 2022. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000302> [https://www.gacetamedicademexico.com/files/gmm\\_22\\_158\\_1\\_004-011.pdf](https://www.gacetamedicademexico.com/files/gmm_22_158_1_004-011.pdf)

**López, O., Escudero J. y Carmona, L. (2008).**

Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, *ALAMES. Medicina Social*, 3(4), 323-335. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>

**Martich, E. (2021).**

Salud y desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos. *Nueva Sociedad* 293, 117 - 129. ISSN: 0251-3552 <https://library.fes.de/pdf-files/nuso/nuso-293.pdf>

**Molina Jaramillo, A. N. (2018).**

Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1). <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n1/e00075117/es>

**Organización Mundial de la Salud (2005).**

*Comisión sobre determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)

**Parra, A., y Caza, C. (2021).**

Determinantes sociales y desafíos para la deconstrucción social de la pandemia por COVID-19. *Avances de enfermería*. 39 (1supl): 44-53. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v39s1/0121-4500-aven-39-s1-44.pdf>

**Piñón, O., Hernández, L., Contreras, G., Casas, D., y Reyes, J. (2023).**

Determinismo, determinantes y determinación social de la salud. En D. Casas., J. Reyes & Y. Sánchez (Eds.) *Investigación Cualitativa en Salud: métodos, metodología y nuevas aproximaciones*. (pp. 46 - 62), São Carlos: Pedro & João Editores.

**Rodríguez, A.; Licona, E. y Casas, D. (2021).**

Territorio Covid: un análisis desde la determinación social. *Salud y Bienestar Colectivo*. 5 (3): 105-128. Recuperado de: <https://revistasaludybienestarc colectivo.com/index.php/resbic/article/view/157>

**Ruíz, M. (2015).**

La comisión nacional de bioética ante los determinantes sociales de la salud. *Gaceta CONBIOÉTICA*, 4(15), 3-5.





## **SOBRE LOS AUTORES**

### **ANA CRISTINA FLORES MÁRQUEZ**

Profesora-investigadora de la licenciatura en Gerontología y coordinadora de Vinculación del Comité de cultura de paz de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. <https://orcid.org/0009-0005-1775-820X>. [ana\\_cristina\\_flores@uneve.edu.mx](mailto:ana_cristina_flores@uneve.edu.mx)

### **ANITA PATRICIA DÖRNER PARIS**

Académica del Departamento Salud, Universidad de Los Lagos, Vicerrectora Campus Puerto Montt. Enfermera Universidad de la Frontera. Magister en Educación Universitaria. Profesora Asociada A. Línea de investigación Salud Integral Comunitaria. <https://orcid.org/0000-0002-5089-8168>. [anitapatricia.dorner@ulagos.cl](mailto:anitapatricia.dorner@ulagos.cl)

### **ÁNGEL DE LA CRUZ BUSTOS**

Profesor-investigador de la licenciatura en Gerontología, encargado del laboratorio de estadística y coordinador de la comisión de investigación en cultura de paz de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. <https://orcid.org/0000-0003-16666993>. [angel.bustos@uneve.edu.mx](mailto:angel.bustos@uneve.edu.mx)

### **ANGÉLICA HEREDIA SÁNCHEZ**

Licenciada en Trabajo Social por el Instituto Politécnico Nacional (IPN), Maestra en Ciencias de la Educación por la Universidad del Valle de México (UVM) y Doctora en Educación por la Universidad de América del Norte (UAN), Académico del Nivel Medio Superior en la UAEMÉX adscrita al Plantel No. 7 de la Escuela Preparatoria ha participado como organizadora y ponente de congresos nacionales e internacionales, autora de diversos artículos de investigación, Investigadora de la Red Internacional en

Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). <https://orcid.org/0009-0009-1011-7476>. [angelica\\_aislinn@hotmail.com](mailto:angelica_aislinn@hotmail.com)

### **ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES**

Especialista en Medicina Familiar, Magister en Sociología de la Salud, Doctora en Salud Colectiva, Posdoctorado en Antropología Social. Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro y Fundadora de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (Red SACSIC). Candidata en el Sistema Nacional de Investigadores por el CONAHCYT. Directora del Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva. <https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>. [aledefra2013@gmail.com](mailto:aledefra2013@gmail.com)

### **ALEX VÉLIZ BURGOS**

Doctor en Psicología. Académico e investigador del Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de Los Lagos, Chile. Autor de artículos y capítulos de libros en el área de bienestar psicológico en habitantes rurales y borde costero. <https://orcid.org/0000-0003-1371-9041>. [alex.veliz@ulagos.cl](mailto:alex.veliz@ulagos.cl)

### **ALEXA ADANAE QUIROZ MELÉNDEZ**

Es Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma del Estado de México, actualmente pertenece al programa de Maestría en Sociología de la Salud con el tema: Representaciones sociales de la comida callejera: el caso del tianguis de Ozumba de Álzate estado de México Oriente. <https://orcid.org/0009-0000-6116-084X>. [adanaequiroz@gmail.com](mailto:adanaequiroz@gmail.com)

### **ALEXIS SOTO SALCEDO**

Psicólogo, Magister en Educación y Doctor en Ciencias Sociales. Se desempeña como académico de la Escuela de Psicología de la Facultad de Medicina y ciencias de la salud de la Universidad Mayor en Temuco. Le interesa el bienestar de los estudiantes y todo aquello que opere como factor protector de la salud mental y prevenir conductas que puedan poner en riesgo la vida. Es integrante del Comité de Ética Institucional de la Universidad Mayor y parte de la red de suicidio logia de Latinoamérica. Actualmente es director de Psicología de la Universidad Mayor en

su sede en la ciudad de Temuco. <https://orcid.org/0000-0002-1304-4438>. alexis.soto@umayor.cl

### **CIELO REBECA MARTÍNEZ REYES**

Enfermera. Especialista en Gerencia de Proyectos. Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Magíster en Gestión de la Calidad de Servicios de Salud. Doctora en Ciencias Biomédicas Estancia posdoctoral en Salud Colectiva. <https://orcid.org/0000-0003-1545-5094>. cielorebeca1975@gmail.com

### **CRISTIANE COSTA DA CUNHA OLIVEIRA**

Coordinación de Estudios de Posgrado y Residencia – COPGR. Fundación Estatal de Salud / Funesa. Doctorado en Odontología en Salud Colectiva / UPE-Brasil. Post-doctorado/ Universidad de Sevilla- España. Postdoctorado / Salud Colectiva por REDSACSIC. Profesor Invitado en Universidad Intercontinental - UIC – México. Miembro de la Red Intercultural de Salud Colectiva y Salud – REDSACSIC. <https://orcid.org/0000-0003-1439-7961>. criscunhaoliveira22@gmail.com

### **DONOVAN CASAS PATIÑO**

Posdoctor en Antropología Social y Políticas Públicas. Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Maestro en Población y Salud. Especialista en Medicina Familiar. Médico Cirujano. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel II) por el CONAHCYT. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma del Estado de México. Líder del Cuerpo Académico Nutrición, Educación y Salud Colectiva. Presidente de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Profesor del Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva. <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>. capo730211@yahoo.es

### **ERICK AZAMAR CRUZ**

Médico Cirujano por la Universidad Regional del Sureste. Maestro y Doctor en Salud Pública por Instituto Nacional de Salud Pública de México. Líder en Salud Internacional por OPS/OMS. Más de 25 años laborando en los Servicios de Salud de Oaxaca y 18 años de docente a niveles licenciatura y Posgrado (Maestría, Especialidad y Doctorado). drerickazamarcruz@gmail.com

### **ERNESTO LICONA VALENCIA**

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel I) por el CONACYT. Profesor-investigador del Colegio de Antropología Social de la BUAP. Profesor en la Maestría y Doctorado de Antropología Social de la ENAH. Profesor permanente en el Doctorado en Estudios Territoriales de la Universidad de Caldas, Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-6353-5748>. [licona123@yahoo.es](mailto:licona123@yahoo.es)

### **GERARDO SUÁREZ GONZÁLEZ**

Profesor Investigador de tiempo completo en El Colegio de Tlaxcala, A.C. Colabora en el Centro de Desarrollo Regional y Análisis Económico (CEDRAE) en la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento Problemas de Desarrollo Regional. Profesor de asignatura en el Instituto Politécnico Nacional campus Tlaxcala, colabora en la Academia de Ciencias Sociales. <https://orcid.org/0000-0002-8452-1625>

### **GRICELDA VÁZQUEZ JUÁREZ**

Química Farmacéutica Bióloga por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Universidad Nacional Autónoma de México (FES Zaragoza UNAM). Maestra en Administración de la Calidad por la Universidad del Desarrollo del Estado de Puebla. Doctora en Educación por la Universidad de América del Norte, Instituto de Estudios Superiores de América del Norte. Integrante de la Red internacional en Salud Colectiva y Salud intercultural (RED-SACSIC). [griceldav40@gmail.com](mailto:griceldav40@gmail.com)

### **JOSÉ MARTÍN REYES PÉREZ**

Doctor en Ciencias Penales, Maestro en Ciencias Penales. Licenciado en Derecho. Profesor de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México campus Amecameca. <https://orcid.org/0000-0002-8443-6973>

### **MARCELA ANDRADE PÉREZ**

Trabajadora Social, Magister en Psicología Infanto-Juvenil. Trabaja como académica en la Universidad Autónoma de Chile formando estudiantes en el ámbito de políticas e Intervención social, pero especialmente en la habilitación de para procesos de intervención y práctica de la disciplina, le interesan temas aso-

ciados al trabajo con adolescentes desde una perspectiva respetuosa y potenciadora de recursos personales y su vinculación a las necesidades emergentes del contexto en el que se encuentran. Actualmente se desempeña en la coordinación de prácticas en la carrera de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Chile en la sede Temuco. <https://orcid.org/0000-0002-3719-1838>. [marcela.andrade@uautonoma.cl](mailto:marcela.andrade@uautonoma.cl)

### **MARCIA CAVADA PALMA**

Psicóloga, Profesora de Castellano, Magister en Ciencias de la Comunicación. Se desempeña como académica en la Universidad Mayor sede Temuco en Chile, donde dicta asignaturas asociadas a temáticas del buen trato en la relación de los profesionales de la salud y sus pacientes, su interés es trabajar por la humanización de la salud resguardando un trato digno en todas las prestaciones que se realizan. Coordina el núcleo de Psicología en la sede Temuco desde donde se dictan las asignaturas de Psicología para la facultad de medicina y ciencias de la salud. <https://orcid.org/0009-0000-4382-2459>. [marcia.cavada@umayor.cl](mailto:marcia.cavada@umayor.cl)

### **MARÍA RAQUEL PEREIRA BERRÍOS**

Magíster en Ciencias de la Actividad física y del Deporte. Lugar de trabajo: Universidad de Los Lagos. Línea de investigación actividad física y buceo. <https://orcid.org/0000-0001-7791-9435>. [mpereira@ulagos.cl](mailto:mpereira@ulagos.cl)

### **MARTHA CONCEPCIÓN HERNÁNDEZ ARELLANO**

Licenciada en Comunicación y Relaciones Públicas por la Universidad Latinoamericana (ULA) Maestra en Nivel medio superior por más de 30 años en Metodología de la investigación. [maralis99@hotmail.com](mailto:maralis99@hotmail.com)

### **MIGUEL ALBERTO GUTIÉRREZ NAVA**

Profesor de la licenciatura en Acupuntura Humana Rehabilitatoria y la Maestría en Ciencias de la Acupuntura en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, Jefe del laboratorio de Fitoterapia de la (UNEVE), Miembro de la comisión de Investigación de Cultura de Paz de la UNEVE, Investigador asociado de la Red Inter-

nacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural, en su formación académica es Licenciado en Salud Intercultural, Maestro en Ciencias Quimicobiológicas por el Instituto Politécnico Nacional y Doctor en Docencia e Investigación social. Línea de investigación: Modelos de atención, educación, investigación clínica y social para la salud Integrativa, colectiva e Intercultural. <https://orcid.org/0000-0002-8482-1724>. miguelalbertogn@uneve.edu.mx

### **LILIANA ESTELA RUBÍ SÁNCHEZ**

Profesora Investigadora en estancia Posdoctoral en El Colegio de Tlaxcala, A.C. En la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento Problemas de Desarrollo Regional. Asociada de la REDSACSIC. <https://orcid.org/0009-0007-5380-5143>. liliana.rsanchez@coltlax.edu.mx

### **LUIS ENRIQUE HERNÁNDEZ GAMUNDI**

Licenciado en Nutrición y Maestro en Sociología de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMÉX), Doctor en Educación por la Universidad de América del Norte (UAN), académico del Nivel Medio Superior en la UAEMÉX adscrito al Plantel No. 7 de la Escuela Preparatoria, ha participado como organizador y ponente de congresos nacionales e internacionales, autor de diversas publicaciones entre libros, capítulos de libro y artículos de investigación, Investigador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). <https://orcid.org/0000-0001-5680-9069>. enrique-luis7415@gmail.com

### **SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES**

Es licenciada en Odontología por la Universidad Federal de Sergipe (1990), Máster en Salud y Medio Ambiente por la Universidad Tiradentes (2008), especialización en Gestión Clínica en Redes de Atención a la Salud por el Hospital Sírio-Libanê (2010), Doctora en Salud y Medio Ambiente por la Universidad Tiradentes (2018). Profesora Adjunta I en la Universidad de Tiradentes (UNIT), Forma parte del Núcleo Docente Estructurante (NDE) del curso de Odontología de la Universidad de Tiradentes. Tiene experiencia en el área de la Salud Colectiva. <https://orcid.org/0000-0003-0903-4963>



*Territorios y violencias en el área de la Salud:*  
*Vulnerabilidades, desigualdades e inequidades en salud*  
se terminó de imprimir en el mes de  
diciembre de 2024  
en los talleres gráficos de  
Castellanos editores, S.A. de C.V.  
Martínez del Río 167-E  
Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc  
México, CDMX, C.P. 06720  
Tel.: 55 26 14 18 66  
Tiro: 500 ejemplares