

INVESTIGACIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

LA CUESTIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

Ludy Alexandra Vargas Torres
Alba Nidia Triana Ramírez
Oscar Andrés Virgüez Ramos
(Compiladores)

INVESTIGACIÓN
CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD

Grupo de investigación: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD UPTC, APS UPTC, categorizado en C en la Convocatoria 894 de 2021 de Minciencias. Adscrito a la escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud con experiencia investigativa y de extensión por más de 10 años en la línea Individuo, Familia, Comunidad Y Territorio que aborda problemas de salud desde contextos comunitarios, clínicos y territoriales por curso de vida, la línea de Educación y Salud que desarrolla estrategias ligadas a la formación en salud y para la salud y el fortalecimiento de capacidades investigativas y de extensión. Apoya la investigación formativa en pregrado y principalmente el posgrado en Especialización en Medicina Familiar con la interacción directa con comunidades locales, generando apropiación social del conocimiento y respuesta a problemáticas territoriales.



EDITORIAL UPTC

INVESTIGACIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

LA CUESTIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

Ludy Alexandra Vargas Torres
Alba Nidia Triana Ramírez
Óscar Andrés Virgüez Ramos
(Compiladores)

Uptc®
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
VIGILADA MINEDUCACIÓN

EDITORIAL UPTC

INVESTIGACIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

LA CUESTIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

Ludy Alexandra Vargas Torres
Alba Nidia Triana Ramírez
Óscar Andrés Virgüez Ramos
(Compiladores)

EPS Escuela de Posgrados de Salud
Medicina Familiar
APS UPTC Grupo de Investigación en Atención Primaria de Salud

ENFOQUE: INVESTIGACIÓN
ÁREA OCDE: CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD
Disciplina: Ciencias de la Salud
Colección N°. 336

Investigación en salud familiar y comunitaria: la cuestión de los determinantes sociales
Family and community health research: the issue of social determinants

Primera Edición, 2025
Versión digital

© Ludy Alexandra Vargas Torres, 2025
© Alba Nidia Triana Ramírez, 2025
© Óscar Andrés Virgüez Ramos, 2025
© Hannia Milena de la Peña Triana, 2025
© Juan Sebastián Corredor Briceño, 2025
© Yenny Salamanca Camargo, 2025
© Luisa Fernanda Rueda Martínez, 2025
© Dary Lucia Nieto Súa, 2025
© Luis Felipe Ariza Ruiz, 2025
© Laura Natalia Camargo Leguizamón, 2025
© Dewin Enrique Benavides Acuña, 2025
© Rina De León Herrera, 2025
© Jahimy Paola Castellano, 2025
© Diana María Igua Ropero, 2025
© Laura Margoth Roncancio Ávila, 2025
© Camilo Sebastián Fonseca Melenge, 2025
© Ólga Lucía Peña Torres, 2025
© Fredy Nelson Maldonado Pasmiño, 2025
© Carolina del Pilar Torres Tovar, 2025
© Elkin Aarón Movilla, 2025
© Claudia Tatiana Salamanca Velandia, 2025
© Ximena Giraldo González, 2025
© Diana Carolina Sierra Trujillo, 2025
© Jorge Humberto Castillo Silva, 2025
© Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2025

ISBN (ePub) 978-958-660-975-3

Proceso de arbitraje doble ciego
Recepción: junio de 2024
Aprobación: marzo de 205

Segunda obra del programa de Especialización de Medicina Familiar de la UPTC, que consolida la productividad académica e investigativa en torno al individuo, la familia y la comunidad con enfoque de curso de vida y los determinantes sociales de la salud.

Hecho en Colombia - Made in Colombia

Investigación en salud familiar y comunitaria: la cuestión de los determinantes sociales. / Family and community health research: the issue of social determinants. / Vargas Torres, Ludy Alexandra; Triana Ramírez, Alba Nidia; Virguez Ramos, Óscar Andrés (Compiladores). Tunja: Editorial UPTC, 2025. 259p.

ISBN (ePub) 978-958-660-975-3

Incluye referencias bibliográficas

1. Investigación. 2. Determinantes sociales de la salud. 3. Salud familiar y comunitaria. 4. Atención primaria de la Salud. 5. Salud Mental.

(Dewey 610/4) (THEMA MBN - Salud pública y medicina preventiva)

Rector, UPTC
Enrique Vera López

Comité Editorial
Carlos Mauricio Moreno Téllez
Vicerrector de Investigación y Extensión
Yolanda Torres Pérez
Directora de Investigaciones
Óscar Pulido Cortés
Delegado Vicerrectoría Académica
Martín Orlando Pulido Medellín
Representante Área Ciencias Agrícolas
Yolima Bolívar Suárez
Representante Área Ciencias Médicas y de la Salud
Nelsy Rocío González Gutiérrez
Representante Área Ciencias Naturales
Olga Yanet Acuña Rodríguez
Representante Área Ciencias Sociales
Juan Guillermo Díaz Bernal
Representante Área Humanidades
Pilar Jovanna Holguín Tovar
Representante Área Artes
Edgar Nelson López López
Representante Área Ingeniería y Tecnología
Juan Sebastián González Sanabria
Representante Grupos de Investigación

Editora
Bertha Ramos Holguín

Corrección de Estilo
Jorge Iván Albear Guevara

Diagramación
Aura Patricia Sarmiento Hernández

Libro resultado de investigación del proyecto titulado "Promoción y mantenimiento de la salud individuo, familia y comunidad municipio de Motavita – Boyacá – 2020-2021" con código SGI 2929

Citar este libro / Cite this book

Vargas Torres, L.A; Triana Ramírez A.N; Virguez Ramos, O.A (Comps.). (2025). *Investigación en salud familiar y comunitaria: la cuestión de los determinantes sociales.* Editorial UPTC.

https://doi.org/10.19053/uptc.9789586609753

Libro financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Extensión - Dirección de Investigaciones de la UPTC. Se permite la reproducción parcial o total, con la autorización expresa de los titulares del derecho de autor. Este libro es registrado en Depósito Legal, según lo establecido en la Ley 44 de 1993, el Decreto 460 de 16 de marzo de 1995, el Decreto 2150 de 1995 y el Decreto 358 de 2000.

Editorial UPTC
La Colina, Bloque 7, Casa 5
Avenida Central del Norte No. 39-115, Tunja, Boyacá
comite.editorial@uptc.edu.co
www.uptc.edu.co
https://editorial.uptc.edu.co

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (DSS), "son las condiciones sociales, económicas y físicas del lugar donde una persona nace, vive, estudia, trabaja y envejece, que pueden afectar la salud, el bienestar y la calidad de vida". La implementación de un Modelo Integral de Salud, a partir de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud en territorios ya sean estos urbanos o rurales, o en ámbitos individual, familiar o comunitario requiere de un vasto conocimiento científico de la realidad y sus contextos, de manera que permita comprender las situaciones que atañen la historia de la enfermedad, los recursos para la atención, el componente intersectorial e interinstitucional y las concepciones pedagógicas para una educación asertiva orientada a la prevención, la promoción y la atención clínica integral.

La investigación social, biológica y clínica, es un factor formativo determinante, para la comprensión de las condiciones de salud y enfermedad en correspondencia con los DSS, se constituye en una condición imperativa, fundamental en los procesos de la administración pública y la prestación de los servicios de salud en los territorios, una condición a fin con las iniciativas que se promulgan en la reforma al sistema de salud en Colombia. En este libro, se presentan diez (10) capítulos, que hacen referencia de manera muy general a temas vinculados a la comprensión de aspectos fundamentales con la investigación en DDS en pacientes crónicos, salud mental y discapacidad, así como también, ponen en evidencias las estrategias pedagógicas y formativas en la atención integral para la salud familiar y comunitaria, particularmente en la formación de médicos familiares uptcistas.

Palabras claves: Determinantes Sociales de la Salud (DSS), Medicina familiar, Salud familiar y Comunitaria, Atención Primaria de la Salud, Salud Mental.

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), The Social Determinants of Health (SDH) "are the social, economic and physical conditions of the place where a person is born, lives, studies, works and gets old, that can affect health, wellness and quality of life". The implementation of an Integral Model of Health, from the Strategy of Primary Health Attention in, whether urban or rural territories, or in an individual, family, or community environments, requires a vast scientific knowledge about realities and its contexts. So that it is allowed to comprehend situations that concern the history of illnesses, resources for assistance, intersectoral and interinstitutional component, and pedagogical conceptions for an assertive education orientated to the prevention, promotion and the integral clinical assistance.

Social, biological and clinical research, is a determinant formative factor for the comprehension of health and illness conditions in correspondence of the SDH. It constitutes an imperative condition, being fundamental in processes of public administration and provision of health services in territories, a condition related to the initiatives that are enacted in Health system reform of Colombia. In this book, ten (10) chapters are presented, which make reference, in a general manner, to topics linked to the comprehension of fundamental aspects relate to research on SDH in chronic patients, mental health and disability. As well as pedagogical and formative strategies for integral assistance for community and family health are made evident, and particularly, in the training of family doctors from the UPTC.

Key Words: Social Health Determinants (SHD), Family medicine, Family and Community Health, Primary Health Assistance, Mental Health.

Contenido

Introducción....15

1. Aportes de la orientación y la terapia familiar a la formación del médico familiar....21

Orígenes y desarrollos de la orientación, el camino hacia la orientación familiar....22
La orientación familiar es más que técnicas....25
La terapia familiar 28
Enfoques de terapia familia....31
Intervención en crisis....40
Hacia un estilo empático en la formación del médico familiar 43
La importancia de la relación de ayuda en la medicina familiar....45
Determinantes sociales en salud y terapia familiar....48
Conclusiones....53
Referencias....55

2. Caracterización de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en la ESE Santa Ana de Muzo (Boyacá)....57

Condiciones sociodemográficas y familiares de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus....60
Condiciones clínicas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus....66
Conclusiones....75
Referencias....76

3. Estudio del nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad y calidad de vida familiar en un municipio de Boyacá....79

Datos sociodemográficos del familiar o cuidador de la persona con discapacidad....83

Datos sociodemográficos de las personas con discapacidad (PCD).....84
Nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad según el instrumento WHODAS 2.0.....85
Proporción de categorías de discapacidad según WHODAS 2.0 (clasificación global).....85
Áreas con mayor dificultad según WHODAS 2.0.....85
Calidad de vida familiar de las familias de personas con discapacidad.....86
Correlación cualitativa entre el nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad y la calidad de vida familiar.....87
Referencias 94

4. Prevalencia de trastornos mentales en menores colombianos y la importancia de los DSS en la salud mental.....101

Contexto epidemiológico de la salud mental en niños y adolescentes 103
Datos epidemiológicos en Colombia: análisis del SISPRO.....107
Prevalencia, distribución sociodemográfica y atención en salud de eventos de salud mental.....108
Atención de eventos de salud mental en menores colombianos y los Determinantes Sociales de la Salud.....112
Conclusiones.....119
Referencias.....121

5. Retos y desafíos para una educación inclusiva con población vulnerable.....127

El docente rural y el territorio 129
Lo urbano y lo rural, una frontera desdibujada.....133
Retos de la inclusión en la ruralidad.....135
Contexto de la investigación 138
Determinantes que marcan la vida social y educativa del territorio 139
Proyecto de lectura institucional "La lectura que ricura".....142
Conclusiones.....148
Referencias.....150

6. Educación en salud familiar y comunitaria con población rural vulnerable.....153

Contextualización del territorio de la experiencia.....156
Cooperación intersectorial e interinstitucional: estrategias de trabajo en red.....157
Educación y promoción de la salud en entornos poblaciones del territorio.....165
Formación de formadores en Epigenética y Neurodesarrollo: perspectiva para la educación en salud.....168
Educación y promoción para la salud a madres gestantes.....172
Consulta por medicina familiar.....173
Conclusiones.....176
Referencias.....177

7. Experiencia pedagógica con médicos familiares en comunidades rurales, en el municipio de Toca - Boyacá.....179

Bronfenbrenner, U, (1987). Ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós.....177
Estrategia pedagógica para la transformación de paradigmas en medicina familiar y su articulación con la APS y DSS 182
Experiencia de reconfiguración del sentido de la salud familiar y comunitaria.....185
La práctica formativa de médicos familiares a través de proyectos comunitarios en salud.....190
Propuestas y recomendaciones para acciones en proyectos de salud del campo de la medicina familiar y comunitaria.....195
Conclusiones.....197
Referencias 198

8. Reflexiones sobre familia y emoción expresada como determinantes sociales de la salud mental de los adolescentes colombianos 203

La familia como determinante social de la salud mental del adolescente.....205

La Emoción Expresada y la salud mental del adolescente.....207
Orientaciones y perspectivas futuras.....210
Conclusiones.....216
Referencias.....218

9. Intersecciones entre trabajo, identidad y exclusión social: reflexiones sobre el concepto nini.....223

Acercamiento a la realidad ***trabajocentrista*.....226**
Los jóvenes nini: una presencia incómoda.....228
Dinámicas normativas en el desarrollo sociolaboral.....231
La ninidad como una categoría de asignación identitaria.....234
Reflexión final.....236
Referencias.....238

10. Modelo tridimensional de atención primaria en salud......241

Fundamentación y contexto del Modelo Tridimensional (APS-3D).....242
Metodología: aspectos prácticos en la implementación del modelo tridimensional.....248
Cómo usar en la práctica el modelo APS - 3D.....249
Discusión..... 253
Conclusión.....255
Referencias.....256

Introducción

La comprensión y el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS) a partir de la salud familiar y comunitaria son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las poblaciones. Los DSS, que abarcan las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, tienen un impacto significativo en la salud y el bienestar de los individuos y las comunidades. Reconocerlos y actuar sobre ellos contribuyen a la reducción de las inequidades en salud y a la promoción de un desarrollo más equitativo y sostenible.

El libro *Investigación en Salud Familiar y Comunitaria: la cuestión de los Determinantes Sociales* reúne una serie de investigaciones y reflexiones que abordan los DSS desde diversas perspectivas y contextos en poblaciones vulnerables. Esta obra surge como respuesta para la integración del estudio de los DSS en la práctica médica y comunitaria. Su objetivo es ofrecer una visión integral y profunda de cómo estos determinantes influyen en la salud y cómo se pueden diseñar e implementar intervenciones más efectivas y equitativas desde la salud familiar y comunitaria, así como desde otras disciplinas. A través de estudios de caso, análisis teóricos, metodológicos y experiencias prácticas, se busca proporcionar a los lectores una comprensión integral de los DSS y su relevancia en la atención integral en salud.

En cada uno de los capítulos del libro, se abordan temas fundamentales como la influencia de las condiciones socioeconómicas en la salud, el papel de la educación, el impacto del entorno físico y social en los eventos como las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental, la salud en población con discapacidad, las condiciones

laborales de los jóvenes y las diversas estrategias y enfoques que se han implementado con éxito en diferentes contextos y poblaciones vulnerables, destacando la importancia de un enfoque holístico y multidisciplinario, todos ellos de gran relevancia en el componente de la salud familiar y comunitaria.

Cada capítulo ofrece una combinación del marco teórico y la práctica, dejando herramientas y conocimientos que los profesionales de la salud —y de otras disciplinas — pueden aplicar en su labor para analizar las barreras y desafíos al intentar incorporar los DSS en su práctica, así como las posibles soluciones y recomendaciones para superarlos.

El objetivo de esta propuesta de investigación y reflexión es compartir el conocimiento, la experiencia y las expectativas de autores-investigadores, con el fin de promover una visión más inclusiva y equitativa en las prácticas de acción social de los profesionales actuales y futuros que intervengan en el campo de la salud. Se brindan elementos para reconocer y actuar sobre los factores sociales, económicos y culturales que determinan la salud, con enfoques de la investigación cuantitativa y cualitativa, que permiten la interpretación y reflexión sobre las condiciones de salud y bienestar en los entornos clínicos, educativos, institucionales, familiares y comunitarios.

El primer capítulo expone los aportes de la orientación y la terapia familiar a la formación del especialista en médico familiar. Presenta la importancia de estos dos niveles de intervención con las familias, en los ámbitos personal, laboral y profesional. De esta forma, desde una perspectiva sistémica y ecológica, el documento aporta elementos significativos que posibilitan tener una visión integradora de las dinámicas y procesos familiares. Se presentan, de forma sucinta, los orígenes, desarrollos y características de la orientación y la terapia, así como conceptos relacionados con la ayuda, la empatía y la intervención en crisis. Finalmente, se expone cómo la terapia y la orientación familiar inciden en la cualificación del ser, saber y saber hacer del médico familiar.

El segundo capítulo se centra en el análisis de las condiciones clínicas, sociodemográficas y familiares de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) atendidos en una institución de salud de primer nivel de atención en un municipio del departamento de Boyacá. Se halló que más de la mitad (55%) de la población de estudio tiene complicaciones asociadas a las patologías precursoras, siendo la más frecuente la enfermedad renal crónica (33%). Además, se identificó que los DSS juegan un papel fundamental en el pobre control de las patologías. El estudio evidencia la necesidad de abordar los DSS de las ENT, debido a su alta prevalencia y el impacto significativo en la morbilidad y mortalidad, tanto a nivel global como en la población objeto de estudio. Se subraya la importancia de considerar los DSS en el diseño de programas de manejo y prevención, en especial los relacionados con el riesgo cardiovascular.

El tercer capítulo aborda la calidad de vida de las familias con personas que presentan algún nivel de discapacidad en el municipio de Siachoque, Boyacá, Colombia. Es una investigación de corte transversal en la que se utilizaron los instrumentos WHODAS 2.0 y la escala de calidad de vida familiar. Se analizó una sobrecarga del cuidador, particularmente en las mujeres, y se determinó que los factores de la calidad de vida más afectados son los recursos de la familia y el escaso apoyo frente a la discapacidad. Este tipo de estudios son pertinente para trazar estrategias de promoción y mantenimiento de la salud desde la perspectiva de la APS y la medicina familiar.

El cuarto capítulo analiza datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) de niños y adolescentes, hallando una prevalencia del 19.2% en atenciones por salud mental en el periodo de 2015 a 2022. Se encontró que las niñas y adolescentes mujeres recibieron mayor atención por trastornos emocionales, como ansiedad y depresión, mientras que los niños y adolescentes varones presentaron más trastornos del comportamiento. Estas condiciones son las principales causas de enfermedad en la

adolescencia y afectan los indicadores de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). El perfil epidemiológico encontrado indica que es crucial abordar esta desde una perspectiva integral, considerando los factores sociodemográficos y el contexto cultural para desarrollar estrategias efectivas de promoción, prevención e intervención.

El quinto capítulo trata sobre la educación inclusiva en contextos rurales en condiciones sociales, económicas y ambientales adversas, mediante la exploración de los desafíos y reflexiones de la práctica pedagógica de los docentes rurales. Este análisis cualitativo-interpretativo, con la participación de la comunidad educativa, permitió una comprensión integral de los factores que afectan la educación en los estudiantes del área rural y la respuesta de los docentes a estas necesidades. Se enfatiza la necesidad de fortalecer la relación escuela-comunidad y adaptar las prácticas pedagógicas en contextos vulnerables para fomentar un entorno de aprendizaje equitativo, significativo y diferenciado que favorezca el bienestar de los niños y adolescentes.

El sexto capítulo reflexiona sobre la educación en salud familiar y comunitaria como una herramienta para mejorar las condiciones de vida y reducir inequidades en las poblaciones rurales vulnerables, las cuales a menudo enfrentan barreras en el acceso a los servicios de salud, educación y recursos esenciales, lo cual aumenta las disparidades. A través de la sistematización de un proyecto comunitario de promoción y mantenimiento de la salud en el municipio de Motavita, Boyacá, se exploran las estrategias pedagógicas y los aprendizajes derivados de la interacción directa con la comunidad, mediante diagnósticos y acciones comunitarias participativas, así como cooperación intersectorial y las redes de apoyo para la atención, la prevención y promoción de la salud, empleando la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP).

El séptimo capítulo hace referencia a la formación de médicos familiares y comunitarios. A través de proyectos comunitarios

en el área rural del municipio de Toca, Boyacá, se destaca la importancia de transformar los paradigmas de comprensión y atención en salud. A partir de la sistematización de experiencias y la reflexión pedagógica con estudiantes de la especialización de medicina familiar de la UPTC, se evidencia como estos proyectos permiten desarrollar competencias críticas y reflexivas, necesarias para abordar los desafíos de salud de manera efectiva y sensible en comunidades rurales.

El octavo capítulo, se centrado en el estudio sobre salud mental, familia y emoción expresada en adolescentes colombianos, ofrece una perspectiva reflexiva sobre los retos y oportunidades en el desarrollo de estrategias educativas y políticas para reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental. A partir de la revisión rigurosa de la literatura, se analizan los factores familiares y sociales que juegan un papel crucial en el bienestar emocional, y se subraya la importancia del trabajo intersectorial y la investigación para abordar estos desafíos de manera integral.

El noven capítulo afronta un desafío social complejo y de abordaje integral en el campo de la juventud: el fenómeno nini (ni estudian ni trabajan), es decir, la exclusión laboral y educativa de estos jóvenes. Se exploran las dinámicas y el impacto negativo de este fenómeno en la identidad, salud mental, el bienestar y la cohesión social de esta población, subrayando la necesidad de implementar políticas inclusivas y adaptadas a sus necesidades específicas. Este estudio utiliza un enfoque cualitativo para comprender las dinámicas subyacentes a esta exclusión y las estrategias de afrontamiento adoptadas por los jóvenes, con el fin de concientizar sobre la importancia de implementar políticas laborales y educativas que fomenten la inclusión y el bienestar de este grupo marginado, contribuyendo así a una sociedad más comprensiva y justa.

El décimo y último capítulo expone la concepción, análisis e implementación de un modelo tridimensional de Atención Primaria En Salud (Modelo APS-3D), el cual fue diseñado para facilitar la operatividad en territorio y explicar de manera didáctica

los fundamentos de la APS. Además, está concebido para cerrar la brecha entre la teoría y la práctica de la estrategia formulada desde la declaración de Alma Ata en 1978 y plasmada en la Ley 1438 de 2011, de Colombia. El modelo fue sometido a evaluación por parte de expertos y financiado por la Secretaría de Salud de Boyacá para su posterior implementación. Tiene tres componentes: comunidad, intersectorialidad/transectorialidad y servicios de salud, los cuales deben articularse para esclarecer la problemática principal en salud de un territorio y plantear las soluciones, guiadas por un **líder** dinamizador del proceso, quien aportará un análisis valioso y contextualizado para orientar la toma de decisiones en torno a la proyección del desarrollo humano sostenible en el territorio elegido.

Al ser este un libro que recopila investigaciones del área de la salud y la educación se aspira proporcionar a los lectores herramientas y conocimientos para entender y actuar sobre los DSS. Este enfoque integrador y multidisciplinario es esencial para promover una atención sanitaria más inclusiva, equitativa y efectiva, mejorando así la salud y el bienestar de las comunidades.

Ludy Alexandra Vargas Torres
Alba Nidia Triana Ramírez

1. Aportes de la orientación y la terapia familiar a la formación del médico familiar

Ximena Giraldo González[1]
Universidad de la Salle
Grupo investigación: Hecho social religioso y subjetividad
xigiraldo@lasalle.edu.co

La terapia es una experiencia íntima. Para que las personas se desarrollen y cambien, deben permitirse abrirse, lo que también las hace vulnerable. Cuando son vulnerables, necesitan protección. Es responsabilidad del terapeuta crear un contexto en el que las personas se sientan y estén seguras y esto requiere sensibilidad hacia el propio estado de vulnerabilidad.

– ACSW Virginia Satir. Trabajadora Social Clínica y Psicoterapeuta.

El presente capítulo surge a partir de la reflexión sobre la importancia de la terapia y la orientación familiar desde una perspectiva sistémica y ecológica en la formación y cualificación del médico familiar.

1 Magister en Trabajo Social, con énfasis en familia y redes sociales Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Educación y Orientación Familiar y Trabajadora Social de la Fundación Universitaria Monserrate. Actualmente es la asistente académica del Departamento de Estudios Sociales de la Universidad de la Salle. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-7820-8088, email: xigiral@yahoo.es xigiraldo@lasalle.edu.co

En este sentido, la orientación y la terapia familiar aportan elementos significativos que permiten tener una visión y aproximación integral de las dinámicas y procesos familiares desde una mirada sistémica, en un tiempo y espacio determinado.

La orientación familiar fortalece las capacidades y vínculos de los miembros que conforman el sistema familiar, mientras que la terapia familiar, como un nivel especializado avanzado, pretenden la transformación de las estructuras familiares.

De esta forma, cobra relevancia revisar los orígenes, desarrollos y características de la orientación y la terapia, así como los conceptos relacionados con la relación de ayuda, la empatía y la intervención en crisis, los cuales son vitales para la formación del residente en medicina familiar en su ser, saber y saber hacer.

Todo lo anterior se enmarca en el manejo de los Determinantes Sociales de la Salud desde una perspectiva holística, dinámica e integral, en la que la orientación y la terapia familiar juegan un papel de vital importancia.

Orígenes y desarrollos de la orientación, el camino hacia la orientación familiar

Desde los orígenes de la humanidad se han dado situaciones en las cuales unos individuos han ayudado a otros en momentos de necesidad. Por eso puede afirmarse que la orientación es tan remota como el género humano.

– Bisquerra, 1996, p. 21

Rafael Bisquerra Alzina (1996), en su *Manual de Orientación y Tutoría*, ofrece un panorama muy interesante sobre los antecedentes y precursores de la orientación, que abarcan desde la antigua Grecia hasta los albores del siglo XX.

El siguiente cuadro presenta los aportes de diversos autores en relación con la orientación, según la perspectiva de cada uno de ellos:

Tabla 1. *Planteamientos sobre la orientación*

Autor	Aportes
Ramon Uull (1235-1316)	La orientación debe tener en cuenta la variedad de temperamentos y aptitudes.
Rodrigo Sánchez de Arévalo (1404-1470 ó 1480)	Aporta a la elección de profesiones y resalta la importancia de la información profesional.
Juan Luis Vives (1492-1540)	Afirma la necesidad de investigar las aptitudes individuales de las personas para conocerlas mejor y conducirlas a profesiones adecuadas.
Juan Huarte de San Juan (1529-1588)	Pone en relación las habilidades con las profesiones.

Nota. Esta tabla muestra los planteamientos de la orientación según las posturas de diferentes autores. Giraldo, X.(2024).

A comienzos del siglo XX, la orientación experimentó un notable auge, reafirmando su objetivo de "ayudar a vivir con mayor plenitud y de manera más fructífera" (Bisquerra, 1996, p.21). Varios autores coinciden en que la orientación nació en 1908 gracias a los aportes de Parsons, Davis y Kelly. Un año antes, Davis había iniciado un programa orientado al fomento de la personalidad, el desarrollo del carácter y la orientación profesional (Bisquerra, 1996, p.22).

Los aportes de cada uno de los autores muestran claramente que la orientación evolucionó paralelamente a los cambios sociales, económicos, políticos y culturales. Sin embargo, también ha contribuido notablemente a temas como la innovación pedagógica, las nuevas tendencias en el aprendizaje, la investigación profesional, la educación especial, entre otros.

En la consolidación y desarrollo de la orientación a nivel mundial, existe un hito importante relacionado con los aportes de Carl Rogers (1902-1987) a la orientación y la terapia centrada en el cliente. Rogers concibió a la persona como un todo, quien, siendo libre, camina hacia su autorrealización con responsabilidad. Adquieren especial relevancia la aceptación incondicional del otro,

la comprensión empática y el respeto profundo a la dignidad del individuo (Bisquerra, 1996, p. 26).

En la misma línea de Rogers, surgió un autor clave para lo que se denominó revolución *de la carrera* de Donal Super (1910-1994), quien amplió el campo de actuación de la orientación. Según Super, "de una orientación vocacional centrada en la adolescencia se irá pasando progresivamente a un enfoque del ciclo vital (*life span*)" (Bisquerra, 1996, p. 27).

Al considerar un enfoque del ciclo vital, Donald Super, en 1957, enfatizó el concepto de carrera, "el cual supone pasar de una concepción holística de la orientación que incluya todos los aspectos de la vida. El desarrollo de la carrera abarca la vida total, no solo la ocupacional" (Bisquerra, 1996, p. 27). Con sus aportes, se desarrollaron ideas que impulsaron un cambio hacia una orientación más centrada en lo individual y clínico, evolucionando posteriormente hacia una perspectiva más grupal y/o comunitaria, tendencia que se consolidó en la segunda mitad del siglo XX.

> Paralelamente, se comenzó a poner énfasis en la prevención y el desarrollo. Durante la década de los ochenta, se pueden observar dos fenómenos del campo de la salud comunitaria que inciden en la orientación a través de programas preventivos de educación para la salud: por un lado, el SIDA, y por otro, el consumo de drogas. (Bisquerra, 1996, p. 28)

Ahora bien, toda orientación requiere un proceso o camino para llevarse a cabo, y esto se realiza a través de funciones, actividades y objetivos. Al respecto, Joan Riart Vendrell (1996) plantea una clarificación terminológica de las funciones generales y básicas de la orientación. El siguiente cuadro nos ofrece una idea de lo que plantea el autor:

Tabla 2.. *Planteamientos sobre la orientación*

Funciones	Grandes acciones, propias, especiales y habituales de la orientación.
Actividades	Múltiples tareas que pueden desarrollarse dentro de una función.
Objetivos	Son las metas, son aquello que se quiere conseguir. Parte de una necesidad previa.

Nota. Esta tabla muestra las funciones, actividades y objetivos presentes en una orientación Giraldo, X. (2024).

Así, las funciones de la orientación pueden tener un propósito de corrección, prevención o desarrollo, y pueden llevarse a cabo de forma directa, indirecta o a través de los medios tecnológicos. El autor plantea tres grandes grupos de funciones (Riart, 1996, p. 54):

1. Funciones invasivas: están presentes en todo acto orientativo y abarcan cualquier actividad. En este grupo se incluyen la organización, la información, la consulta, la formación y la investigación.
2. Funciones procesuales: constituyen una macrofunción que atraviesa cualquier actividad orientativa. En este grupo se encuentran el análisis de necesidades, el diagnóstico, la programación y la evaluación.
3. Grandes funciones: son propias y específicas de la orientación, tales como asesorar, coordinar y mediar.

Luego de abordar los orígenes y desarrollos de la orientación, nos dirigimos hacia las apuestas de la orientación familiar como un nivel de intervención y/o actuación profesional que permite el estudio y abordaje de diferentes grupos familiares en una diversidad de contextos.

La orientación familiar es más que técnicas

La orientación familiar, según José Ríos González (1984) en su libro *Orientación y terapia familiar: enfoque sistémico, teórico y práctico*,

propone un concepto que abarca varias características de la orientación, desde el conjunto de técnicas hasta el fortalecimiento del vínculo y el contexto emocional.

> Conjunto de técnicas encaminadas a fortalecer las capacidades evidentes y las latentes, que tienen como objetivo el fortalecimiento de los vínculos que unen a los miembros de un sistema familiar, con el fin de que resulten sanos, eficaces y capaces de estimular el progreso personal de los miembros y de todo el contexto emocional que los acoge. (Ríos, 1984, p. 238)

Desde una visión sistémica y ecológica, la orientación familiar no puede tener en cuenta solo a la persona, sino también al resto del grupo familiar. Es en este contexto donde se propician las posibilidades de cambio en cada uno de los subsistemas. Aunque el proceso de orientación familiar pueda iniciarse de forma individual, su objetivo siempre será la familia de origen y/o cuidadora del consultante, usuario, cliente o persona que busca la ayuda.

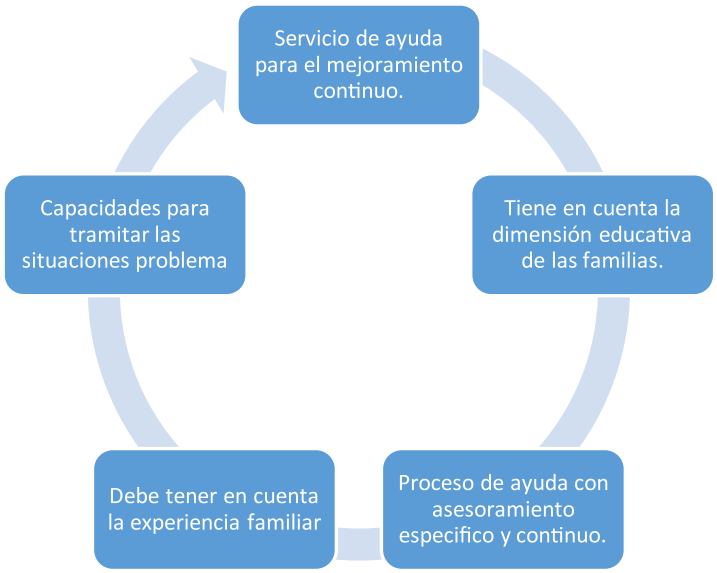
En la orientación familiar se establece una relación de ayuda, tema que abordaremos más adelante. Esta relación cumple funciones de educación y clarificación, pero no busca cambios estructurales en la situación familiar enunciada como conflictiva, distante o crítica. Esto nos lleva a analizar algunas características presentes en la orientación familiar, tales como:

- Requiere un manejo integral y multicausal de los fenómenos, así como de su interacción con el sistema familiar.
- Es importante considerar la gestión del cambio desde un enfoque participativo y un trabajo conjunto no directivo.
- El profesional que brinda la orientación familiar debe actuar como facilitador, no como quien determina las alternativas de solución; aquí es vital trabajar el principio de autodeterminación (toma de decisiones) con el sistema familiar y sus diferentes subsistemas.

- La orientación se lleva a cabo en varias entrevistas, con objetivos claros y a corto plazo.
- La orientación familiar es una etapa preliminar a todo tratamiento con el sistema familiar; es un primer momento y/o acercamiento en el que se establece una gestión o intermediación con el fin de atender la situación problemática.
- La orientación familiar requiere una conexión entre el sistema familiar, la institución y el territorio, con el fin de que cada uno de los actores involucrados se nutra del proceso. La orientación familiar no pretende un acompañamiento profundo, sino una respuesta inmediata a las necesidades que aquejan al sistema familiar.

En un proceso de orientación familiar, además de las características mencionadas, se identifican diferentes factores clave en los procesos de acompañamiento de diversos grupos familiares. La siguiente gráfica puede ayudarnos a comprender mejor estos aspectos:

Figura 1. *Diagrama de la Orientación Familiar*



Nota. La figura representa el proceso de orientación familiar. Giraldo, X. (2024).

La terapia familiar

> La terapia familiar no ha tenido un desarrollo homogéneo a lo largo de su historia, motivo por el cual encontramos diferentes formas de conceptualizar y tratar a la familia. En consecuencia, es la variedad y no la unidad, la constante en la historia de la terapia familiar. (Sánchez, 2005, p. 7)

La terapia familiar, sus inicios y consolidación

Según Luz Mary Sánchez Rengifo (2005), la terapia familiar nació en los Estados Unidos entre las décadas de los años 40 y 50 como una respuesta a los modelos de atención familiar de esa época, como el psicoanálisis, que se centraba más en la persona que en el contexto. Este último, además, se encontraba marcado por las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial, el conflicto coreano y la bomba atómica.

Aunque muchos pioneros de la terapia familiar se formaron en el psicoanálisis, de acuerdo con Sánchez (2005), esta teoría era preponderante en la época porque:

> Tiene muy en cuenta las relaciones del sujeto con su entorno y especialmente las personas significativas. Dando gran importancia a la familia en el desarrollo de la psicopatología individual, pero el trabajo terapéutico prohíbe el contacto con la familia del paciente, para evitar complicaciones en los procesos transferenciales. (Sánchez, 2005, p. 9)

Para el desarrollo de la terapia familiar, se consolidaron dos grupos de investigadores: unos llamados los clínicos y otros los teóricos. Los primeros, centrados en buscar diferentes formas de tratamiento, mientras que los segundos estaban interesados en encontrar explicaciones científicas a los siguientes problemas:

> La comunicación humana, el funcionamiento de los sistemas, los mecanismos de control y desviación, la estabilidad y el cambio. Los objetivos y las áreas a las que se referían las investigaciones

> eran diversos, como también los campos de los que provenían los investigadores. (Sánchez, 2005, p.11)

Con el tiempo, las investigaciones se fueron enriqueciendo gracias al trabajo interdisciplinario, lo que permitió conceptualizar el campo de la familia como unidad, totalidad y sistema.

El siguiente cuadro muestra los aportes de cada uno de los grupos de investigadores que incidieron significativamente en la consolidación de la terapia familiar a nivel mundial.

Tabla 3. *Investigadores de la terapia familiar*

Investigadores grupo clínicos	Investigadores grupo teóricos
Influencia teórica de Freud, Harry Sullivan, Erikson y Piaget. - Nathan Ackerman. - Murray Bowen. - Carl Whitaker. - Lyman Wynne. - Jhon Elderkin Bell. - Salvador Minuchin. - Theodore Lidz. - Ivan Boszormenyi. Algunas premisas: - Integrar lo analítico con lo interaccional. - Causas en la infancia. - Poco a poco integrar el contexto. Factores sociales, económicos, culturales e interpersonales.	Influencia teórica de Ludwing Von Bertanlanffy, Bertrand Russel teoría de los tipos lógicos, lingüistas, filósofos y teóricos de la comunicación. - Gregory Bateson. - Jay Haley. - Jhon Weakland. - Don Jackson. - Virginia Satir. - Paul Watzlawick. - Richard Fisch Algunas premisas: - Las investigaciones se dieron fundamentalmente en el Instituto de Salud Mental de Palo Alto. (M.R.I) - Influencia de la familia en cada uno de sus miembros. - Se examinó a la familia en términos de: organización, reglas y pautas de comunicación.

Nota. Esta tabla muestra los investigadores clínicos y teóricos que aportaron a la terapia familiar. Giraldo, X. (2024).

El segundo grupo, denominado los teóricos, aportó significativamente al desarrollo de la terapia familiar al plantear elementos conceptuales innovadores para la época, que incidieron en modelos como el comunicacional, el estratégico y la terapia sistémica breve.

A medida que la terapia familiar avanzaba significativamente, su lenguaje también cambiaba, al igual que la forma de abordar los diferentes grupos poblacionales. Así, se dio una influencia interesante de las investigaciones con grupos pequeños, en las que participaron profesiones como la sociología, la psicología y la antropología.

> Empezaron a estudiar las similitudes entre los grupos pequeños y las familias y lograron establecer la complejidad que se obtiene en el inter-juego de personalidades individuales y las propiedades de la estructura grupal. Se define el grupo como una totalidad, se retoma y aplica a los grupos humanos el concepto de homeóstasis. (Sánchez, 2005, p.14)

Culminada la primera etapa de la terapia familiar, con los aportes de los grupos de investigadores — clínicos y teóricos —, se presentaron avances interesantes en cuanto a conceptualizaciones, rangos de observación, impactos e influencias en el grupo familiar.

Por lo tanto, se pueden rescatar de esta primera fase las siguientes características (Sánchez, 2005, p. 14):

- Se amplía el rango de observación, del intrapsíquico al interaccional, pasando del individuo a la familia.
- Se considera a la familia como un impacto inmediato e influencia continua.
- La familia está presente tanto en el mantenimiento como en el cambio de sus miembros.

Enfoques de terapia familiar

Para el presente artículo, se abordarán los siguientes enfoques de terapia familiar, los cuales son clave en el trabajo que realiza el médico familiar en diferentes territorios, a través de intervenciones individuales, grupales y/o comunitarias. Los enfoques que se tratarán son: el enfoque estratégico, el enfoque comunicacional, el enfoque estructural, la escuela de Milán y el enfoque narrativo. De cada uno se establecerán los conceptos fundamentales, la génesis del problema, las metas terapéuticas, así como las estrategias y técnicas.

Enfoque Estratégico (Haley 1980)

Para Haley (1980), citado por Sánchez (2005), este enfoque tiene como característica primordial trabajar con el grupo familiar en un "aquí y ahora", en un espacio y tiempo determinado. Se consideran elementos como el ciclo vital de la familia, la participación de agentes externos y la forma en que resuelven las situaciones-problema.

Es importante destacar que este enfoque utiliza diferentes técnicas relacionadas con el cambio y la no repetición de conductas. Lo anterior se lleva a cabo a través de directivas y paradojas.

Tabla 4. *Síntesis del enfoque estratégico*

Conceptos fundamentales	Génesis y mantenimiento del problema	Metas terapéuticas	Estrategias y técnicas	Las directivas directas	Las directivas paradójicas
- Aquí y ahora. - Su énfasis está en ayudar a las familias a manejar de manera efectiva los problemas que enfrentan en determinadas etapas de la vida. - Mantenimiento del problema influye no solo en la familia sino en los agentes externos. - Participación de distintos profesionales.	- Síntomas como resultados de acciones. - Adaptados a las relaciones que las personas mantienen. - Problema en el comportamiento. - Ejemplo: maestro que se queja de su estudiante retraído, Maestro distante y frío.	- Percibir el contexto en que se desarrolla el problema de manera distinta e intente comportamientos diferentes ante la situación problemática. - Impedir repeticiones de las secuencias de conducta que mantienen el problema. - Cambio terapéutico: opciones diferentes de comportarse.	- Definir el problema y su posible solución. - Quiénes están involucrados en el problema. - Conductas que mantienen el problema. - Cambios en la forma de comportarse. - Sugerencias del terapeuta. - Respuestas del individuo y la familia.	- Decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan. - Motivar a la familia que acate las cosas, deben ser precisas, si dejan tareas para la casa deben ser ensayadas en la sesión. - Ordenarle a alguien que deje de hacer algo. Que otros familiares le recuerden la tarea. - Que uno o varios integrantes de la familia hagan algo diferente, no consejos. - No sugerir cosas que ya han fallado.	- Decírselos con el propósito de que no lo cumplan y cambien por vía de rebeldía ante las órdenes del terapeuta. - Buscan ayuda, pero se resisten a ser ayudadas. - Definir los síntomas. - Ciclo de interacción. - Detener los intentos. - El enfoque no tiene recetas de tratamiento. - Estrategias específicas para ayudar a generar un cambio.

Nota. Esta tabla muestra los conceptos básicos del enfoque estratégico. Giraldo, X. (2024).

Enfoque comunicacional (Satir 1991)

Virginia Satir es una de las autoras más influyentes en el desarrollo y consolidación de la terapia familiar en el mundo. Su amplia experiencia profesional la llevó a proponer modelos, estrategias, técnicas y bases de una forma novedosa e innovadora para su época.

En relación con el enfoque comunicacional, Satir lo presentó como una posibilidad que permitía revisar el funcionamiento y el comportamiento de la familia frente al problema.

Este enfoque considera fundamental analizar los estilos de comunicación de acuerdo con el ciclo vital de la familia. Las bases teóricas del enfoque se expresan en las corrientes humanistas, el enfoque sistémico, el ciclo vital, las reglas, normas y las respuestas frente a la situación-problema.

Tabla 5. *Síntesis del enfoque comunicacional*

Conceptos fundamentales	Génesis y mantenimiento del problema	Metas terapéuticas	Estrategias y técnicas	Cinco estilos de comunicación en la familia	Bases del enfoque
- Funcionamiento familiar. - El comportamiento de una persona dentro de la familia solo puede ser entendido dentro de un contexto comunicativo relacional. - La familia es un sistema que tiende a buscar el equilibrio. - Dentro de la familia hay patrones comunicativos que terminan las interacciones. - De la causalidad lineal a la causalidad circular. - Significado de la comunicación. - Aspecto políticos consecuencias de la comunicación. - Autoestima personal y familiar.	- Incongruencias y modelos en la comunicación familiar. - Comunicación incompleta, supuestos y dudas. - Mensajes dobles. - Juicios de valor. - Críticas a os otros.	- Ayudar a transformar a la familia a través de los procesos de comunicación entre sus miembros. - Familia como un lugar donde las personas puedan hablar (necesidades, calidez, amor e intimidad) - Ayudar a reconocer las diferencias individuales entre sus miembros en la manera de comunicarse. - Manejo de percepciones y desacuerdos. - Incrementar la autoestima. Cada persona es única.	- Enseñar formas efectivas de comunicación. - Estudio del ciclo familiar y mapa de tres generaciones. - Escultura familiar - Qué tipo de familia le gustaría tener y que recursos tiene para lograrlo. - Terapeuta como facilitador y ejemplo. - Compromiso de sus integrantes de llevar un nuevo sistema de comunicación fuera del ámbito terapéutico.	- El culpar al criticar al otro. - Racionalizar e intelectualizar. - Distraer o desviar la atención. -Abdicar o complacer al otro. - Congruencia o asertividad.	- Fundamentos humanistas. - Interacción cuerpo, mente y sentimientos. - Correlación autoestima y comunicación. - Conciencia de la experiencia individual y familiar en el aquí y en l ahora. - Enfoque sistémico. - Importancia de las reglas y normas familiares. - Respuestas al estrés.

Nota. Esta tabla muestra los conceptos básicos del enfoque comunicacional. Giraldo X., (2024)

Enfoque estructural Minuchin (1974)

A continuación, se presenta el enfoque estructural, que es muy relevante para el trabajo con diferentes grupos familiares. Este enfoque fue desarrollado por el destacado autor Salvador Minuchin, quien estableció las bases para el trabajo con la estructura familiar, teniendo en cuenta aspectos como la jerarquía, las normas, los límites, las alianzas, las coaliciones, el cambio y el ciclo vital.

Tabla 6. *Síntesis enfoque estructural*

Conceptos fundamentales	Génesis y mantenimiento del problema	Metas terapéuticas	Estrategias y técnicas
- Funcionamiento de la familia, no es normal o normal, es la **estructura** que posee y le permite adaptarse a las demandas del medio y los procesos de **cambio** de cada etapa del **ciclo vital**. - Reglas que gobiernan la organización familiar. - Creencias y expectativas mutuas. - Subsistemas familiares. - **Límites**: constituidas por reglas que definen quienes participan y de qué manera. Diferenciación de cada subsistema. - **Coaliciones**: siempre involucran a tres personas, de las cuales dos se unen para enfrentar a la otra.	- El problema es un recurso por mantener en equilibrio un sistema, o es mantenido por el propio sistema. - El problema puede originarse en la estructura del propio sistema o haberse originado en un miembro en particular y ser apoyado por el sistema familiar.	- Transformación o reestructuración del sistema familiar. - Cambios en las relaciones familiares. - Revisar la percepción de la familia. - Proponer nuevas pautas de relacionamiento. - Refuerzo en nuevas alternativas	- **Coparticipación**: posición de cercanía, posición intermedia, posición distante. - **Planificación de las intervenciones a partir del mapa de la familia.** - **Promoción del cambio:** cuestionando el síntoma, cuestionando la estructura, cuestionando la realidad familiar. - **Reencuadramiento**: iniciar el proceso de cambio. - **Escenificación**: resolver problemas en presencia del terapeuta. Tres momentos: observación, organiza secuencias escénicas, proponer modalidades diferentes de interacción. - **Enfoque**: plan estratégico de intervención. Información referida a las pautas de interacción. - **Intensidad**: familia reconozca el mensaje que le están enviando.

Conceptos fundamentales	Génesis y mantenimiento del problema	Metas terapéuticas	Estrategias y técnicas
- **Jerarquía**: mayor poder al subsistema parental.			- **Establecimiento de límites**: regula las interacciones entre sistemas. - Desequilibramiento, Complementariedad y cuestionamiento de la realidad familiar.

Nota. Esta tabla muestra los conceptos básicos del enfoque estructural. Giraldo, X. (2024).

Escuela de Milán (Sánchez 2005)

Otro aporte significativo a los enfoques de la terapia familiar fue dado por los investigadores y autores de la escuela de Milán, una corriente que permitió dar un lugar privilegiado a las instituciones que facilitaban la ayuda desde una perspectiva sistémica. La escuela de Milán se centró en trabajar la organización del sistema familiar, así como los juegos e interacciones que se dan en su interior. De esta manera, la escuela propuso una variedad de procedimientos para desarrollar la entrevista familiar.

Tabla 7. *Síntesis enfoque desde la escuela de Milán*

Conceptos fundamentales	Génesis y mantenimiento del problema	Metas terapéuticas	Estrategias y técnicas
- Sistema significante. - Además de la familia incluye a las instituciones y personas en el intento de aliviar los problemas de la misma. - Abordar de manera más sistémica los problemas característicos de una familia.	- Descubrir las interacciones o juegos que se dan entorno al problema y ponerlos en evidencia para promover una nueva auto organización por parte del sistema familiar.	- Realizar intervenciones que provoquen un cambio en la autoorganización del sistema.	- Organización de los terapeutas y la sesión., un tipo diferente de entrevista, hipótesis del problema y la intervención. - **División de la sesión**: reunión previa, entrevista, debate, intervención y debate final. - **Posición de neutralidad**: capaz de moverse si dejarse atrapar por las coaliciones. Que la familia decidas por sí misma el cambio (noción auto correctora) mostrar actitud

Conceptos fundamentales	Génesis y mantenimiento del problema	Metas terapéuticas	Estrategias y técnicas
			tranquila, respeto, no reaccionar a provocaciones, realizar preguntas circulares. - **Formulación de hipótesis**: hipótesis inicial: porque la familia opera, actúa y se comunica así. Otras personas que han intervenido en el problema, no necesariamente es verdadera sino útil. Hacer dos cosas importantes: poder de organización y significado del comportamiento sintomático. - **Connotación Positiva**: problema lógico y significativo para la familia. - **Prescripción de rituales**: modificar conductas que no apartan a la familia. - **Entrevista circular**: buscar diferencias, cambios y percepciones.

Nota. Esta tabla muestra los conceptos básicos del enfoque de la Escuela de Milán. Giraldo, X. (2024).

Enfoque narrativo (Valdés 2007)

Finalmente, en relación con los enfoques, existe uno que destaca la importancia de la narrativa para el trabajo con las familias. Desde este enfoque, cobra relevancia la experiencia humana, los relatos de vida y las relaciones. Para ello, es crucial que el profesional que utilice este enfoque tenga en cuenta los espacios conversacionales, con el fin de exteriorizar el problema. En este enfoque, la terapia se concibe como un hecho lingüístico, en el que se lleva a cabo una conversación terapéutica y se revisan nuevos significados para abordar y resolver la situación problema.

Tabla 8. *Síntesis enfoque narrativo*

Conceptos fundamentales	Génesis y mantenimiento del problema	Metas terapéuticas	Estrategias y técnicas	Algunas premisas	Equipo reflexivo
- Experiencia Humana sumamente ambigua. - Significado que las personas le atribuyen a esa experiencia ejerce una importante influencia en su vida. - Experiencia: interacciones que los individuos sostienen a través de las cuales forman creencias y narraciones acerca del mundo, de los otros y de sí mismo. - Relatos hacen parte de la experiencia. - Orientación de la vida y las relaciones.	- Un mismo problema puede ser definido de diferente forma por distintas personas e incluso definido como un no problema por otra. - Las narraciones que construyen las familias para explicar la experiencia le permiten o impiden una percepción de competencia para dar sentido para actuar en diferentes situaciones de la vida. - Exigencias y supervivencia frente al problema. - Sistemas de apoyo.	- Facilitar el relato. - Generar la conversación. - Exploración y comprensión de problemas. - Nuevos significados y narraciones. - Comportamiento competente frente a los problemas. - Separar relatos que empobrecen. - Ayudar a cuestionar prácticas del yo. - Reescribir la vida. - Cambiar la narrativa construida acerca del problema.	**- Adopción de una posición de ignorancia:** genuina curiosidad hacia lo que narra. Toma muy enserio los relatos de las familias, respeto por el discurso. - **Creación de espacios conversacionales**: un espacio para la expresión libre de la familia. El arte de pregunta. Cada uno tiene su versión.	- Sistemas humanos generados de lenguaje y significado. - El significado y la comprensión se construyen socialmente. - En terapia todo sistema se consolida dialógicamente alrededor de cierto problema. - Sistema terapéutico es un sistema de organización y disolución del problema. - La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos conversación terapéutica. Donde los nuevos significados permiten disolver el problema. - Facilitar y participar en la narración, evitar prejuicios, participar en la conversación orientando el contenido.	- Compuesto por varios profesionales, escuchar sin participar. Interviene luego para dar alternativas de solución. - La familia opina sobre lo que dice otros profesionales. - Múltiples voces acerca del problema. - **Exteriorización del problema**: influencia en la vida, las personas y las relaciones. Competencias y recursos para para enfrentar las situaciones difíciles.

Nota. Esta tabla muestra los conceptos básicos del enfoque narrativo. Giraldo, X. (2024).

Luego de este fascinante recorrido histórico, teórico, metodológico y práctico de la orientación y la terapia familiar, es fundamental revisar la importancia de estos niveles de intervención con las familias en la formación del residente en medicina familiar, ya que permiten el fortalecimiento de sus competencias relacionales, las cuales se reflejan en tres elementos: el saber, el saber hacer y el saber ser. El primero se refiere al conjunto de conocimientos, el segundo a las destrezas y habilidades del profesional; y el tercero al establecimiento de relaciones humanas en un contexto determinado.

Del *saber* ya hemos hablado a lo largo del artículo. Este incluye todos los conceptos, características, enfoques, modelos, técnicas, funciones y estrategias que permiten al médico familiar adoptar una postura crítica, epistemológica y, a su vez, práctica, con el fin de abordar de forma ética e integral a los diferentes grupos familiares en un contexto comunitario determinado. Es en este saber dónde el médico familiar debe tener en cuenta los siguientes acuerdos básicos, desarrollados especialmente en la terapia familiar: influencia interpersonal, el aquí y ahora, patrones de interacción/refuerzo, los sistemas de creencias y la consideración del contexto.

De acuerdo con los planteamientos de Sánchez (2005), describiré cada uno de ellos de forma sucinta:

- **Influencia personal**: el profesional no solamente afecta, sino que es afectado por la familia que pretender orientar.
- **El aquí y el ahora**: constituye la forma más significativa que afecta a la persona en su funcionamiento.
- **Patrones de interacción/refuerzo**: en cualquier relación duradera se desarrollan, de manera más o menos rápida, patrones de interacción que luego persisten gracias al refuerzo recíproco.
- **Sistemas de creencias**: este es el tejido que establece la manera en que cada uno se percibe a sí mismo. Existen significados que se tramitan a través del lenguaje.

- **Consideración del contexto**: este elemento es de vital importancia para el médico familiar, en la medida que está inserto en contextos clínicos y/o comunitarios. Todos los enfoques de la terapia familiar comparten la convicción de que el trabajo con las familias será más productivo si se considera a la persona en el contexto de las relaciones, tal como se expresan en la situación actual (al momento de la consulta).

Ahora bien, estos acuerdos básicos que forman parte del saber van acompañados de otros elementos conceptuales fundamentales para la formación del médico familiar, relacionados

con la intervención en crisis. El médico familiar debe conocer las características de una crisis, sus factores, clasificaciones, objetivos y resoluciones, todo ello desde una visión sistémica y ecológica.

Intervención en crisis

La palabra *crisis* está presente en el día a día, en cada una de las etapas del ciclo vital, en las interacciones humanas y en la toma de decisiones. Todos atravesamos o estamos por atravesar una crisis a lo largo de la vida. Conceptualmente, la crisis tiene varios significados: algunos la asocian con el peligro, la desgracia y la amenaza; mientras que otros, por el contrario, la ven como una oportunidad, un proceso de crecimiento y aprendizaje.

De acuerdo con los planteamientos de Luz Mary Sánchez Rengifo y Margarita Saldarriaga (2011), el término *crisis* se ha utilizado en los ámbitos médico y jurídico:

> En el ámbito médico para señalar el momento a partir del cual la enfermedad o entraba en proceso de franca mejoría que conduciría a la salud o empeoraba de manera que llevaría a la muerte. Desde el medio jurídico para señalar el momento de la decisión, es decir el momento en que se formula la sentencia. (Sánchez & Saldarriaga, 2011, p.15)

En lo que respecta a la salud mental, la crisis se presenta como una interrupción de las vivencias cotidianas que impide a las personas, grupos, comunidades e instituciones continuar. Al respecto, González y Revuelta (2001) plantean lo siguiente:

> La situación de crisis al romper el flujo continuo de la existencia fuerza un replanteamiento vital, obligado, a veces, a la construcción de un nuevo sentido. En la situación óptima, la aparición progresiva de vivencias personales, críticas o no, asegura la continuidad psíquica, la unificación de la consciencia y la constitución de la identidad auto definitoria.

El médico familiar que interviene con grupos familiares desde la orientación y la terapia familiar está llamado a identificar las características, clasificaciones y factores de las crisis. Esto le proporcionará elementos de abordaje, respaldados por los sustentos teóricos de la visión sistémica y ecológica. El siguiente cuadro puede ofrecer una mejor ilustración de lo mencionado:

Tabla 9. *Síntesis sobre las crisis*

Características	Algunos factores	Clasificaciones
- Evento que precipita la crisis: interno o externo. - Factor tiempo: tienen un principio y un fin. - La forma clínica que adopta la crisis. - las particularidades del sujeto o sujetos involucrados. - Recuperación del equilibrio no debe ir más allá de seis semanas. - Revisar los mecanismos de afrontamiento. - Revisar síntomas comunes: trastornos de conducta, síntomas físicos y cambios en la forma de pensamiento.	- Gravedad de la situación. - Redes de apoyo. - Estructura de la personalidad. - Interpretación de los hechos.	Las crisis se pueden clasificar según: - El origen: internas o externas. - Unidad afectada: individual, familiar, grupal o comunitaria. - Predecibles o inesperadas. - Se presentan una sola vez o son recurrente. - Se dan por saturación, agotamiento o desesperación.

Nota. Esta tabla muestra los conceptos básicos de la intervención en crisis. Giraldo, X. (2024).

Aquí, la visión sistémica ofrece un panorama interesante, en el que el médico familiar tiene una gran injerencia en el contexto próximo de los diferentes grupos poblacionales.

La visión sistémica parte del concepto de *homeóstasis* para comprender el concepto de crisis, la cual se entiende como la reacción particular de un sistema a un evento que rompe con el equilibrio interno (homeóstasis), y cuyos mecanismos habituales para recuperarlo no funcionan. (Sánchez & Saldarriaga, 2011)

Se considera, a su vez, que ninguna crisis puede ser entendida por completo sin comprender los diferentes sistemas, subsistemas y contextos de los que forma parte dinámica la familia, el trabajo, la cultura, etc. Slaikeu (1988), citado por Sánchez y Saldarriaga (2011), planteó el CASIC como una forma de abordar el sistema crisis, teniendo en cuenta los siguientes subsistemas, desglosando así la palabra CASIC:

- Conductual: cómo se afectan las rutinas de la vida cotidiana.
- Afectivo: cómo se siente la persona.
- Somático: salud física y síntomas.
- Interpersonal: cuál es el impacto de la conducta sobre la vida de la familia, amigos, trabajo.
- Cognitivo: cuál es la naturaleza de los pensamientos, las fantasías, sueños de día y de noche.

Este abordaje sistémico le permite al médico familiar organizar la intervención en crisis, definir los objetivos y determinar la forma de resolver la situación-problema presentada. Se requiere, por parte del profesional de salud, sensibilidad, disposición, una actitud exenta de juicios, así como la capacidad de trabajar con el equipo interdisciplinario y dar seguimiento a las sesiones mediante contactos breves (diario, semanal o mensual).

Es fundamental todo el conocimiento que el médico familiar puede tener en temas de terapia, orientación e intervención en crisis. Sin

embargo, no se puede lograr un impacto real en la intervención con grupos familiares si no se trabaja también en el *saber ser* y el *saber hacer*. El primero está orientado a la relación de ayuda que se establece con los diferentes grupos poblacionales, y el segundo, al establecimiento de un estilo empático.

Hacia un estilo empático en la formación del médico familiar

En el *saber hacer* del médico familiar debe estar presente la premisa de "ponerse en los zapatos o en la piel del otro". Es desde la empatía que se abre la posibilidad de comprender los sentimientos ajenos; se trata de la capacidad de experimentar la realidad subjetiva de una persona en una situación donde solo necesita ser escuchada y atendida de manera empática.

Gutiérrez, I. (s.f.), de la Universidad de Alcalá de Henares presenta varias premisas sobre cómo desarrollar y expresar empatía, especialmente en las profesiones vinculadas a las ciencias de la salud:

Tabla 10 . *La empatía*

Estrategias para desarrollar empatía	Cómo expresar la empatía
- Escuchar con la mente abierta y sin prejuicios. - Prestar atención y mostrar interés. - No interrumpir mientras nos están hablando. - Habilidad de describir, reconocer y recompensar las cualidades y logros de los demás.	- Hacer preguntas abiertas. - Atención a las respuestas. - Avanzar lentamente en el diálogo. - Tener información suficiente antes de dar la opinión. - Opiniones de forma constructiva. - No evaluar, descalificar o juzgar. - Buena predisposición para aceptar las diferencias.

Nota. Esta tabla muestra los conceptos básicos de la empatía. Giraldo X (2024).

Para ello, Carl Rogers, citado por Gutiérrez, I. (s.f.), planteó la importancia de establecer, en toda relación terapéutica, la

comprensión empática, entendida como: "la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él, y, una vez captados, comunicárselos". Sin embargo, el médico familiar puede encontrar los siguientes obstáculos a la hora de desarrollar la empatía con los pacientes, las familias, los grupos, las comunidades y/o las instituciones:

- Tendencia a quitarle importancia a lo que le preocupa al otro, intentar ridiculizar sus sentimientos.
- Escuchar con prejuicios.
- Dejar que nuestras ideas y creencias influyan a la hora de la interpretación de la situación.
- Juzgar y acudir a frases tales como: "lo que has hecho está mal" "de esta forma no vas a conseguir nada".
- Sentir compasión.
- Dar la razón y seguir la corriente.
- Ponerse como ejemplo por haber pasado por las mismas experiencias.
- Intentar animar con frases tales como: "ánimo en esta vida todo se supera".

De esta forma, Gutiérrez García, hace una invitación especial a profesiones como enfermería y medicina familiar para fomentar el desarrollo de la empatía, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: la experiencia de la enfermedad; la discusión e intercambio de experiencias y no solo de conocimientos; el énfasis en el diálogo y la comunicación; la importancia del trabajo en equipo; y la necesidad que los equipos de salud se formen para el trabajo grupal y comunitario.

Finalmente, estamos por concluir este recorrido, y aún nos falta abordar un tema de vital importancia para el médico familiar: el relacionado con el *saber ser*. Ya contamos con los conocimientos, las destrezas y habilidades; ahora falta definir cómo debe relacionarse

el profesional de la salud al momento de establecer una orientación o terapia familiar. Lo anterior se lleva a cabo a través de la relación de ayuda.

La importancia de la relación de ayuda en la medicina familiar

La relación de ayuda en la medicina familiar es de vital importancia, ya que traza la ruta de cómo se abordará el problema en un tiempo y espacio determinados, teniendo en cuenta la experiencia de la persona para enfrentar, asumir y resolver la situación.

Bruce Shertzer y Shelley Stone, en el Manual *para el Asesoramiento Psicológico* (*Counseling*), establecen una serie de características que debe tener una relación de ayuda, las cuales son clave para la formación y cualificación del saber ser del residente en medicina familiar:

- La relación de ayuda tiene sentido.
- En la relación de ayuda se expresa afecto.
- En la relación de ayuda se manifiesta la persona en total.
- La relación de ayuda tiene lugar por consentimiento mutuo de los individuos participantes.
- La relación tiene lugar porque el individuo que va a ser ayudado necesita información, instrucción, consejo, ayuda, comprensión y/o tratamiento por parte del otro.
- La relación de ayuda se lleva a cabo mediante comunicación e interacción.
- La relación de ayuda es una situación estructurada.
- El esfuerzo cooperativo es lo que caracteriza la relación de ayuda.
- La persona que ayuda es accesible y se muestra segura.
- El objeto de la relación de ayuda es el cambio.

Las características antes descritas muestran claramente que el médico familiar, en el marco de una orientación y terapia familiar, establece una relación profesional con un sentido social, donde expresa, a su vez, interés y preocupación por lo que el otro está sintiendo.

La relación de ayuda es una oportunidad invaluable para el médico familiar, ya que le permite dar espacio a los sentimientos de la persona y/o familia que busca ayuda, reconociendo sus capacidades y trabajando por un objetivo común: el cambio**.**

En toda relación de ayuda, el médico familiar está llamado a observar y analizar, a través de la terapia y orientación familiar, las diferentes situaciones de crisis y las expectativas del *ayudado.* Según Cian: "Una persona que está viviendo una situación de necesidad e inseguridad, que desea ser comprendida, antes que confrontada o iluminada, para encontrar alternativas a su problema" (pp. 138-140).

Toda persona, grupo, comunidad y/o institución que atraviesa necesidades que requieren ayuda presenta una dinámica particular, la cual es clave que el residente en medicina familiar comprenda claramente esta dinámica a la luz de los postulados de Cian (1994):

1. Está viviendo una situación que le supone una ***dificultad*** concreta. El presupuesto fundamental en este momento es que nadie mejor que la persona afectada por el problema conoce lo que está viviendo, las implicaciones y los elementos en juego. Él es el protagonista, no el ayudante.

2. La dificultad o el conflicto que está experimentando genera ***sufrimiento***. El agente de salud o social (el ayudante) —en este caso el médico familiar— es interpelado desde el sufrimiento concreto que le ocasiona la situación conflictiva que está viviendo.

3. El sufrimiento se expresa a través de diferentes ***sentimientos:*** inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad, confusión.

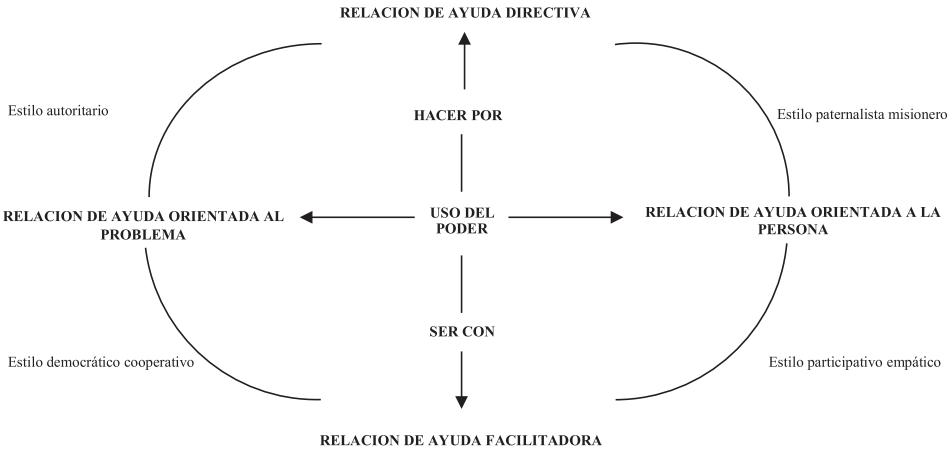
Las dificultades, los sentimientos y los sufrimientos son elementos claves para tener en cuenta en un proceso de ayuda. En palabras de Cian (1994):

> La comprensión de los sentimientos, liberándolos de la espontánea connotación moral de la que a veces van cargados, aceptándolos incondicionalmente, es requisito indispensable para que la relación de ayuda no sea vivida como moralizante y, por lo mismo, rechazada. (pp. 138-140)

Ahora bien, surge una duda importante: ¿cómo se puede abordar a una familia, grupo o comunidad de manera que el estilo de ayuda favorezca el proceso? Para ello, existen diferentes estilos de relación de ayuda, siendo lo primordial alcanzar un estilo empático, tema que ya se ha trabajado en este artículo de corte reflexivo.

En la relación de ayuda existen una gran variedad de estilos, los cuales pueden estar centrados en la persona o en el problema. A su vez, estos estilos pueden ser directivos o facilitadores. Cuando las actitudes directiva y facilitadora se combinan con los enfoques centrados en la persona y en el problema, se obtienen estilos de relación de ayuda, como puede verse en la siguiente figura, de acuerdo con los planteamientos de Brusco (1993, pp. 129-13).

Figura 2. *Los estilos de la relación de ayuda*



Nota. La figura representa los estilos de relación de ayuda de acuerdo con los planteamientos de Brusco, 1993.

Lo anterior invita al médico familiar a ser un facilitador para la persona *ayudada*, desde una visión integral y holística, reconociendo las dimensiones del ser, los diferentes sistemas y subsistemas, así como los procesos comunicativos e interactivos.

Finalmente, todo lo dicho anteriormente se puede resumir en la siguiente frase de Brusco (1993):

> *Centrarse en la persona* para tener buenos resultados en la relación significa superar la tentación de captar una sola de las dimensiones del hombre. Por eso, el tomar conciencia de las mismas y de cómo éstas quedan afectadas por el impacto de una situación crítica como la enfermedad, la pérdida de algo querido, de una persona del propio mundo relacional, la situación de marginación, etc., puede ayudarnos a hacer un proceso de acompañamiento que sea realmente eficaz. (pp. 129-137)

Determinantes sociales en salud y terapia familiar

La orientación y la terapia familiar desempeñan un papel fundamental en la promoción del bienestar y la salud integral, ya

que las dinámicas familiares inciden directamente en la calidad de vida de cada uno de sus miembros. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (DSS) —que incluyen factores como el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a servicios de salud, el apoyo social y el entorno familiar —, es evidente que las relaciones familiares pueden constituir tanto un factor de protección como un factor de riesgo para la salud.

Un entorno familiar caracterizado por la comunicación asertiva, el apoyo emocional y la resolución adecuada de conflictos fortalece la resiliencia y la capacidad de adaptación de sus integrantes ante situaciones adversas, como el estrés, la enfermedad o la crisis económica. Por el contrario, un entorno familiar en el que predomine la vulnerabilidad ante problemas como la depresión, la ansiedad o el consumo de sustancias puede generar afectaciones en el bienestar biopsicosocial.

Desde la orientación y la terapia familiar, la intervención en las dinámicas de los grupos familiares contribuye a mejorar la salud mental y emocional de los sujetos, promoviendo relaciones más saludables y fortaleciendo la red de apoyo dentro del hogar. Además, al abordar los conflictos interpersonales y fomentar estrategias de afrontamiento positivas, se generan cambios que impactan tanto en la comunidad como en la sociedad en general, favoreciendo la construcción del tejido social.

En este sentido, la integración de la orientación y la terapia familiar en los modelos de atención en salud pública puede constituir una estrategia eficaz para reducir desigualdades, mejorar la calidad de vida y abordar de manera integral los DSS. El fortalecimiento del grupo familiar es fundamental para promover sociedades más saludables, equitativas y democráticas, fomentando el cuidado tanto individual como colectivo.

La orientación y la terapia familiar constituyen una herramienta fundamental en el abordaje de la salud integral, ya que consideran la interacción entre los individuos y su entorno, reconociendo el

papel clave de la familia en la salud física, mental y emocional. Desde la perspectiva de los DSS, que incluyen el acceso a servicios básicos, la educación, el nivel socioeconómico y las condiciones de vida, la dinámica familiar puede actuar como un factor protector o de riesgo para el bienestar de sus integrantes.

A su vez, la orientación y la terapia familiar contribuyen a DSS, en la medida en que favorecen el fortalecimiento del soporte emocional y social, el fomento de la comunicación efectiva, la resolución de conflictos y la creación de vínculos más saludables. Además, promueven un entorno estable y mejoran la resiliencia ante situaciones adversas, como crisis económicas o enfermedades crónicas. Asimismo, juegan un papel clave en la prevención y el tratamiento de trastornos de salud mental, dado que problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias suelen tener raíces en las dinámicas familiares. Todo esto puede analizarse desde la perspectiva de la psicología genealógica.

La terapia y la orientación familiar pueden ser un recurso clave para la reducción de desigualdades en salud y el fortalecimiento de las redes de apoyo a nivel individual, familiar, grupal y comunitario. De igual forma, las intervenciones terapéuticas en familias vulnerables pueden disminuir el impacto de la violencia intrafamiliar, el abandono infantil y la falta de oportunidades. Además, contribuyen a mejorar el manejo de enfermedades crónicas y la discapacidad, ya que el grupo familiar desempeña un papel fundamental en la adherencia a los tratamientos médicos y en la distribución equitativa de responsabilidades, evitando sobrecargas físicas y emocionales en los cuidadores.

Si bien la orientación y la terapia familiar ofrecen múltiples beneficios, también presentan algunas limitaciones. Entre ellas se encuentra el acceso restringido a los servicios de terapia, ya que en muchos casos la terapia familiar no está integrada en los sistemas de salud pública, lo que la hace inaccesible para personas de bajos recursos. Asimismo, la falta de cobertura por parte de seguros médicos o programas gubernamentales limita su alcance en comunidades vulnerables.

También pueden presentarse limitaciones como la resistencia cultural y la estigmatización. En algunos contextos, la terapia y la orientación familiar aún se perciben con escepticismo o como un signo de debilidad, lo que dificulta su aceptación. Igualmente, factores religiosos y culturales pueden influir en la disposición de los grupos familiares para participar en un proceso terapéutico, al igual que la dificultad para modificar patrones intergeneracionales.

Aunque la orientación y la terapia familiar pueden generar cambios positivos, algunas estructuras familiares mantienen patrones profundamente arraigados que requieren largos procesos para ser transformados. Esto incluye aspectos como las reglas, los límites, los roles, las relaciones dentro de cada subsistema, así como creencias, discursos, prácticas, relatos y narrativas particulares.

En los casos de violencia intrafamiliar, abuso o negligencia severa, la orientación y la terapia familiar pueden requerir el apoyo de intervenciones legales y sociales, las cuales dependen de factores estructurales. Sin embargo, la terapia y la orientación familiar, por sí solas, no pueden resolver problemas estructurales como la pobreza extrema, la falta de empleo o la discriminación social. Su impacto es más efectivo cuando se combinan con políticas públicas que garanticen derechos básicos como vivienda digna, acceso a la educación y atención médica.

Los médicos familiares desempeñan un papel clave en la atención integral de los pacientes, ya que no solo se enfocan en la enfermedad, sino también en el contexto biopsicosocial que influye en la salud. La relación entre la orientación y la terapia familiar con los determinantes sociales de la salud incide directamente en su labor, abarcando el estudio, el diagnóstico y el tratamiento desde una perspectiva terapéutica, preventiva, educativa y promocional en el acompañamiento de los pacientes.

En síntesis, en el proceso de atención integral, la orientación y la terapia familiar aportan al médico familiar una mayor comprensión del paciente dentro de su contexto familiar y social, desde un

enfoque sistémico, ecológico y complejo. De esta manera, mejora la comunicación y fortalece la relación médico-paciente basada en la confianza, lo que facilita el seguimiento de enfermedades crónicas y promueve cambios en el estilo de vida. Además, favorecen la intervención temprana en problemas de salud mental y emocional.

Diversos autores han estudiado la relación entre la terapia familiar y los Determinantes Sociales de la Salud, resaltando la influencia del contexto social en las dinámicas familiares y el bienestar integral. John Rolland (1994, 2018) examina el impacto de las enfermedades crónicas en las familias y el rol de los factores socioeconómicos en su proceso de adaptación. Froma Walsh (1996, 2012) enfatiza la importancia de la resiliencia familiar ante adversidades como la pobreza y la discriminación.

A su vez, Carmen Knudson-Martin y Anne Rankin Mahoney (2009) incorporan una perspectiva de justicia social en la terapia familiar, destacando la relación entre desigualdad social y salud. Celia Jaes Falicov (1995, 2013) centra su análisis en la migración y otros factores sociales como elementos determinantes en la terapia familiar, considerando la pobreza y la exclusión como factores que afectan la salud mental y emocional. Por último, William Doherty y Susan McDaniel (2010) proponen modelos de intervención familiar dentro de los sistemas de salud pública, subrayando la relevancia de las políticas sociales en la salud familiar. En conjunto, estos autores destacan la necesidad de un enfoque integrador que relacione la terapia familiar con los determinantes sociales de la salud (DSS), promoviendo estrategias de intervención más equitativas y contextualizadas.

Conclusiones

La terapia y la orientación familiar constituyen una estrategia fundamental para fortalecer el bienestar biopsicosocial de los sujetos dentro de su entorno más cercano y, a su vez, mejorar su capacidad de afrontamiento ante los determinantes sociales de la salud (DSS). No obstante, su efectividad depende del acceso equitativo a estos servicios, de la sensibilización social y de su articulación con las políticas públicas de salud. Para lograr un impacto más amplio, es necesario que estas estrategias se integren en enfoques interdisciplinarios que promuevan mejoras en la calidad de vida y contribuyan a la reducción de desigualdades estructurales.

La integración de la orientación y la terapia familiar en la práctica de los médicos familiares permite brindar una atención más integral, cercan a y humanizada, alineada con los determinantes sociales de la salud (DSS). No obstante, para maximizar su impacto, es fundamental fortalecer la formación en este enfoque, mejorar la coordinación con profesionales de la salud mental y garantizar el acceso equitativo a los servicios de terapia familiar dentro de los sistemas de salud.

La orientación y la terapia familiar, desde una perspectiva sistémica, facultarán al médico familiar trabajar a partir de diferentes trayectorias vitales y supuestos teóricos. Al obtener esta formación, puede comprender y aplicar los conceptos anteriores a experiencias y situaciones concretas a nivel personal, familiar, social comunitario, laboral y educativo, dentro de contextos diversos, complejos y cambiantes.

Como especialista clínico en el cuidado primario de la salud, el médico familiar trabaja desde un enfoque holístico, diferencial y ecosistémico de los DDS, y está llamado a integrar en su quehacer la orientación y la terapia familiar. Estos niveles de intervención y/o actuación profesional le permitirán comprender mejor las relaciones entre las personas —concebidas como seres biopsicosociales—, las familias y las comunidades, y contribuir a la

reducción de inequidades en salud, según las etapas del curso de vida individual y familiar, así como la comprensión de la salud y la enfermedad como parte del proceso vital humano.

El médico familiar gestiona la longitudinalidad de la atención integral desde el primer contacto de la población con los servicios de salud. En este contexto, la orientación y la terapia familiar le proporcionarán herramientas, técnicas y estrategias que favorecerán el cuidado integral y continuo de las personas, las familias y las comunidades, aplicando los principios de humanismo, profesionalismo, juicio crítico y toma de decisiones informadas.

Con el apoyo de la orientación familiar y la terapia familiar, el médico familiar incorpora una visión bioética e integral de las personas, así como una comprensión de las relaciones con las familias y las comunidades, respaldada por la teoría general de sistemas y el paradigma de la complejidad.

La orientación y la terapia familiar permitirán al médico familiar llevar a cabo acciones concretas de prevención y promoción de la salud (APS), con el fin de mejorar el comportamiento y fomentar el mantenimiento de la salud individual, familiar y comunitaria, en el marco de las políticas públicas vigentes y de acuerdo con el contexto de los Determinantes Sociales de la Salud.

Desde la terapia y la orientación familiar con enfoque sistémico, el médico familiar podrá manejar sus propias emociones y las de los demás, desarrollando competencias como empatía, asertividad, así como el reconocimiento de distintos estilos y posturas a la hora de comunicar e interactuar con diferentes grupos poblacionales.

Además, el médico familiar tendrá una caja de herramientas prácticas que le facilitará el análisis, la comprensión y la intervención en los vínculos familiares y comunitarios, desde el reconocimiento de los saberes y experiencias previas y actuales. Esta visión integradora se apoya en las dimensiones del ser, saber ser y saber hacer, promoviendo una práctica profesional más humana, reflexiva y contextualizada.

Referencias

Bisquerra, R. (1996). Orígenes y desarrollos de la orientación. Manual de orientación y Tutoría. Barcelona.

Bermejo, J. (1998), Hacia una definición del concepto de relación de ayuda. Editorial Sal Térrea. Madrid, 1998.

Brusco, A. (1993) *Relazione pastorale di aiuto. Camminare insieme,* Camilliane, Torino.

Cian, L. (1994), *La relación de ayuda.* CCS, Madrid.

González, J. Psicoterapia de la crisis. En revista española de Neuropsiquiatría. 79: 1297-1315.

Gutiérrez, I. (s.f.) la empatía, 2º Curso de Enfermería, Universidad de Alcalá de Henares.

Hervis, O., & Szapoeski, J. (1986). Un enfoque estratégico y estructural de la terapia familiar. Washington: OPS-OMS.

Minuchin, S. (1983). Familias y Terapia Familiar. México: Gedisa Mexican.

Riart, J. (1996). Funciones generales y básicas de la orientación. Manual de Orientación y Tutoría.

Rogers, C. (1961) On Becoming a Person (Boston: Houghton Mifflin Company), Buenos Aires, Paidos.

Sánchez, R. LM. (2005) Aspectos históricos y enfoques de la terapia familiar. Universidad del Valle.

2. Caracterización de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en la ESE Santa Ana de Muzo (Boyacá)

Hannia Milena De La Peña Triana[1]
Centro Médico Sanitas - Tunja
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Oscar Andrés Virgüez Ramos[2]
Centro Médico Sanitas - Tunja
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Grupo de Investigación: Atención Primaria de Salud

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de patologías que afectan el corazón y los vasos sanguíneos; incluyen cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad arterial periférica y cardiopatías reumáticas. Constituyen una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial

1 Medica de la Universidad del Sinú, Especialista en Familiar- UPTC, E-mail: hannia1103@gmail.com, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7757-6006

2 Especialista en Medicina Familiar, Especialista en Gerencia Hospitalaria, Docente de la Escuela de Medicina UPTC, Coordinador Académico de Medicina Familiar en la UPTC; me he desempeñado como Instructor de BLS y ACLS de la American Heart Association. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0009-672X

(Organización Mundial de la Salud, 2017). Existen estudios que indican que las enfermedades crónicas no transmisibles ocasionan costos indirectos a los pacientes y sus familias, principalmente por los años de vida perdidos por discapacidad y por el aumento en el gasto de bolsillo (Gallardo-Solarte et al., 2016).

La OMS (2017) indica que el mayor porcentaje de las muertes por ECV ocurre en países de bajos y medianos ingresos. Estas diferencias están dadas por las grandes discrepancias en salud basadas en las condiciones sociales y ambientales que actúan como Determinantes Sociales de la Salud (DSS). En estudios recientes se ha identificado que los DSS negativos — como una condición socioeconómico baja, viviendas inseguras, violencia en el vecindario, acceso limitado a la atención médica, adversidad en la primera infancia, discriminación, mayor exposición al ruido, inseguridad alimentaria y disminución de la calidad del sueño — son una fuente de estrés crónico. Este estrés activa el eje simpático-adrenomedular y el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal, lo que conlleva a una liberación crónica de catecolaminas y a un estado proinflamatorio crónico.

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), durante el cuarto trimestre del 2021, la principal causa de muerte fueron las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de ciertas enfermedades infecciosas y, en tercer lugar, las enfermedades cerebrovasculares (DANE, 2022). Siendo la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus los principales factores de riesgo cardiovascular en esta población (DANE, 2022). Sin embargo, la información sobre las características clínicas, sociodemográficas y familiares relacionados con el riesgo cardiovascular en Colombia es limitada.

El municipio de Muzo (Boyacá, Colombia) es reconocido por ser el principal productor de esmeraldas en el país. Su temperatura media de 26°c y se encuentra a 170 km de la ciudad de Tunja, la capital boyacense, y a 90 km del municipio de Chiquinquirá (Boyacá). Cuenta con comunicación terrestre, pero que se hallan en muy malas condiciones, especialmente durante las épocas de

lluvia, cuando el traslado hacia el centro del país y otras cabeceras municipales se torna prácticamente imposible. Esta situación afecta de manera especial la conexión con la ESE Hospital Regional de Chiquinquirá, el centro más cercano a la recepción de pacientes de mediana y alta complejidad. Esto implica un impedimento para la atención a pacientes con mayor riesgo que requieren atención médica en dicho centro y otros cercanos.

Muzo presenta antecedentes históricos relevantes relacionados con violencia social y política asociada a la explotación minera. En el ámbito cultural, existe un indicador muy alto de población flotante y atraso relevante en los procesos educativos, debido a la lejanía de los centros educativos, particularmente de educación superior. En lo económico, se evidencia una desigual distribución tanto de la riqueza minera como de las condiciones relacionada con los recursos de la propiedad de la tierra. Sin duda, estos factores se constituyen en los Determinares Sociales en Salud (DDS) que permiten el aumento de enfermedades prevalentes, principalmente no transmisibles.

Es importante señalar que dicha situación carece de estudios concretos que definan, de manera científica y pertinente, los problemas y necesidades de salud relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles en esta población.

Este capítulo presenta los resultados de un estudio que tuvo como objetivo caracterizar las condiciones sociodemográficas, familiares y clínicas de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus atendidos en la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Santa Ana de Muzo entre julio y septiembre del año 2022, con el fin de implementar un programa de riesgo cardiovascular.

Este es un estudio de enfoque empírico analítico, de tipo observacional y corte transversal, retrospectivo, con recolección de información de fuentes secundarias a partir de historias clínicas electrónicas. La muestra estuvo constituida por pacientes mayores

de 18 años con diagnósticos de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, reportados en la historia clínica electrónica con los códigos de CIE 10: I10X, E119, E109. Los pacientes fueron atendidos en la ESE Santa Ana del municipio de Muzo (Boyacá). Se realizó un muestreo por conveniencia, en el cual se incluyó el total de usuarios valorados durante el periodo de estudio, que correspondió a 193 personas.

Se realizó observación directa a pacientes en el consultorio y en su contexto cultural, lo cual permitió tener una percepción de carácter primario y cualitativo. Esto facilitó hacer una interpretación en conjunto de las condiciones clínicas con los DSS. La técnica para la obtención de la información fue la historia clínica, con énfasis en medicina familiar.

Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como el acceso limitado a los servicios médicos, la pobreza y la violencia influyen significativamente en la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en el municipio de Muzo, acentuando los factores de riesgo como la hipertensión arterial y la diabetes. Este estudio pone de manifiesto la necesidad de intervenciones integrales que aborden estos DSS para reducir la carga de enfermedades crónicas no transmisibles en poblaciones vulnerables.

Condiciones sociodemográficas y familiares de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus

Se realizó un análisis de contexto a partir de la información cuantitativa obtenida de los datos estadísticos y la observación directa, lo cual permitió hacer una confrontación de los datos estadísticos con los DSS. Este análisis se desarrolló desde un enfoque teórico que facilitó la interpretación de la realidad sociocultural como un factor determinante en el desarrollo de las enfermedades estudiadas.

Tabla 1. *Aspectos sociodemográficos por ciclo vital individual*

Variable		Ciclo vital individual					
		Adulto medio		Adulto mayor		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	31	26%	90	74%	121	63%
	Masculino	14	19%	58	81%	72	37%
Escolaridad	Primaria incompleta	15	18%	69	82%	84	44%
	Primaria completa	17	49%	18	51%	35	18%
	Secundaria incompleta	5	71%	2	29%	7	4%
	Secundaria completa	3	60%	2	40%	5	3%
	Universitario	2	67%	1	33%	3	2%
	Desescolarizado	2	4%	54	96%	56	29%
Lugar de residencia	Urbano	32	24%	100	76%	132	68%
	Rural	12	20%	47	80%	59	31%
Estrato socioeconómico	1	32	22%	114	78%	146	76%
	2	13	29%	32	71%	45	23%
	3	0	0%	2	100%	2	1%

Variable		Ciclo vital individual					
		Adulto medio		Adulto mayor		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ocupación	Minería	7	30%	16	70%	23	12%
	Agricultura	6	14%	37	86%	43	22%
	Labores domésticas	15	18%	68	82%	83	43%
	Comerciante	6	50%	6	50%	12	6%
	Desempleado	0	0%	5	100%	5	3%
	Otro	11	41%	16	59%	27	14%
Tipo de Familia	Familia nuclear biparental	25	36%	45	64%	70	36%
	Familia extensa compuesta	3	9%	32	91%	35	18%
	Familia monoparental	6	11%	50	89%	56	29%
	Familia reconstituida	3	75%	1	25%	4	2%
	Familia unipersonal	8	29%	20	71%	28	15%
Ciclo Vital familiar	Expansión	1	100%	0	0%	1	1%
	Consolidación	3	50%	3	50%	6	3%
	Apertura	15	79%	4	21%	19	10%
	Pospalatal	8	10%	71	90%	79	41%
	Disolución	4	8%	46	92%	50	26%
	Otro	2	50%	2	50%	4	2%

Variable		Ciclo vital individual					
		Adulto medio		Adulto mayor		Total	
		n	%	n	%	n	%
Red de apoyo	Bueno	41	25%	120	75%	161	83%
	Mala	4	13%	28	88%	32	17%

Nota. Esta tabla describe la distribución sociodemográfica de los pacientes con enfermedades precursoras por curso de vida. De La Peña H M y Virgüez O A (2022).

Debido a que en el presente estudio se incluyeron solo pacientes con patologías crónicas (HTA y DM), que son propias de la edad adulta, se identificó que el 24% de la población valorada se encuentra en la adultez (29-59 años) y el 76% en la vejez (mayores de 60 años), por lo que estas se sitúan como la población de interés (Tabla 1). La distribución por sexo y edad fue similar a la reportada en la cuenta de Alto Costo 2020 y en estudios realizados en Colombia y otras ciudades de Latinoamérica (Chacón Flor et al., 2014; Marcano Caraballo Ramón & Castañeda Silva, 2022; Osorio-Bedoya et al., 2020).

La escolaridad de la población en estudio es un reflejo de la vulnerabilidad e inequidad a la que está expuesta. Se evidenció que el 44% de las personas valoradas tienen una primaria incompleta, seguido del 29% que se encuentran desescolarizados y el 18% que tienen una primaria completa (Tabla 1). Estos hallazgos se asemejan a los encontrados en otros estudios realizados en Colombia como el realizado por Osorio-Bedoya et al., (2020) titulado *Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con riesgo cardiovascular en una institución de atención ambulatoria durante 2015 y 2016*. En dicho estudio, se reportó un 76% de población con baja escolaridad, frente al 91% observado en los pacientes del municipio de Muzo. Es un hecho que la educación y niveles de escolaridad se constituyen en un determinante de gran relevancia para la salud.

Otro elemento que define la vulnerabilidad de la población con bajos recursos es la relación que existe entre educación y salud. En este estudio se observa una asociación entre bajos niveles de escolaridad y ausencia de conciencia para acceder a la atención médica, pero también para establecer la relación que existe entre el autocuidado y la salud. Esto resalta la importancia de establecer programas desde la atención primaria y los principios de medicina familiar, que permitan procesos educativos dirigidos a las personas, la familia y la comunidad, orientados a la autocomprensión de su condición de salud y los factores de riesgo.

Para el año 2019, Colombia presenta un índice de Gini de 0,53, uno de los más altos a nivel mundial y el segundo en Latinoamérica

después de Brasil, consolidándose como uno de los países con mayor desigualdad (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2019). Esta desigualdad se acentúa aún más en las regiones donde se realiza explotación minera; es así como el departamento de Boyacá es uno de los más desiguales en Colombia.

El municipio de Muzo no es ajeno a esta realidad. En los resultados de la investigación realizada se encontró que el 76% de la población evaluada pertenece al estrato 1, el 23% pertenecen al estrato 2 y solo un 1% al estrato 3. En cuanto a la ocupación, se identificó que el 43% de la población estudiada se dedica a las labores domésticas, el 22% a las actividades de la agricultura, 12% a la minería (artesanal o industrial), 14% a otras actividades, 6% al comercio y el 3% indicaron ser desempleados (Tabla 1). Es importante destacar que la mayor parte de la población estudiada ha alternado durante toda su vida las labores del hogar o la agricultura con la actividad de la guaquería o minería artesanal.

Esta desigualdad se ve ampliamente constatada en las regiones o territorios y se refleja con mayor contundencia en el municipio de Muzo. La explotación de esmeraldas en esta región ha generado amplias brechas entre riqueza y pobreza, lo que ha contribuido a una violencia social sin precedentes y a una migración desenfrenada. Lejos de impulsar procesos de desarrollo humano y social, estas dinámicas han conducido al atraso económico y cultural de la zona.

Según la estructura familiar, se evidencio que el 36% de los pacientes pertenece a una familia nuclear biparental, seguido del 29% que conforma familias monoparentales, el 18% a familias nucleares extensas, el 15% a hogares unipersonales y el 2% a familias reconstituidas (Tabla 1). Se identificó que, de acuerdo con el ciclo vital familiar, el 41% de la población se encuentra en la etapa postparental, seguida de la etapa disolución en 26%, el 10% en apertura, y el 23% restante se encuentra en expansión, consolidación y otros. Esta distribución guarda relación con el ciclo vital individual, ya que la mayoría de la población estudiada corresponde a personas adultas mayores.

Los hallazgos obtenidos en el estudio indican que no existe una relación directa entre el riesgo cardiovascular y la estructura de la familia. Estos resultados son coherentes con el estudio realizado por Huertas Vargas et al., en el estudio *Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial*, en el cual se concluye que:

> La obtención de un valor sin significancia estadística para constatar la influencia de la estructura familiar en los factores de riesgo cardiovascular lleva a la decisión de establecer que los factores de alto y bajo riesgo no presentan una relación directa con la estructura de las familias de los pacientes (Huerta Vargas et al., 2005).

Con respecto a las características clínicas, se documentó que el 93% de los pacientes tienen diagnóstico de hipertensión arterial (Tabla 2), dato similar a los reportados por Osorio-Bedoya et al., (2020), Machado-Alba y Machado-Duque (2013) y Delgado Restrepo et al., (2011), quienes reportaron una prevalencia de esta patología 96%, 93% y 91% respectivamente. Sin embargo, en este estudio se pudo apreciar que el 63,2% se encontraban con cifras tensionales en metas, con una media de la presión arterial sistólica de 135 mmHg y diastólica 79 mmHg, datos que difieren con los estudios en mención.

Condiciones clínicas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus

Tabla 2. *Características clínicas por ciclo vital individual*

Indicador		Ciclo vital individual					
		Adulto medio		Adulto mayor		Total	
		n	%	n	%	n	%
Hipertensión arterial	Si	36	20%	144	80%	180	93%
	No	9	69%	4	31%	13	7%
Diabetes mellitus	Si	19	31%	42	69%	61	32%
	No	26	20%	106	80%	132	68%
Dislipidemia	Si	37	25%	112	75%	149	77%
	No	8	18%	36	82%	44	23%
IMC	Bajo peso	0	0%	5	100%	5	3%
	Normal	12	20%	49	80%	61	32%
	Sobrepeso	17	22%	61	78%	78	40%
	Obesidad	16	33%	33	67%	49	25%
Enfermedad coronaria	Si	3	21%	11	79%	14	7%
	No	42	23%	137	77%	179	93%
Enfermedad cerebrovascular	Si	2	40%	3	60%	5	3%
	No	43	23%	145	77%	188	97%
Fibrilación auricular	Si	1	50%	1	50%	2	1%
	No	44	23%	147	77%	191	99%
Insuficiencia cardiaca	Si	1	8%	12	92%	13	7%
	No	44	24%	136	76%	180	93%

Indicador		Ciclo vital individual					
		Adulto medio		Adulto mayor		Total	
		n	%	n	%	n	%
Enfermedad renal crónica	Si	4	7%	56	93%	60	31%
	No	41	31%	92	69%	133	69%
Enfermedad arterial periférica	Si	1	11%	8	89%	9	5%
	No	44	24%	140	76%	184	95%
Retinopatía diabética	Si	0	0%	2	100%	2	1%
	No	1	33%	2	67%	3	2%

Nota. En esta tabla se describen las condiciones clínicas y comorbilidades de los pacientes y su distribución por curso de vida. Datos tomados de De La Peña, H. M., & Virgüez, O. A. (2022).

En este estudio se encontró que el 77% de los pacientes valorados tienen diagnóstico de dislipidemia, destacándose la relación que tiene esta condición con el riesgo cardiovascular. Así mismo, se evidencio una media de colesterol LDL en 125 mg/dl en pacientes hipertensos y de 121 mg/dl en diabéticos. Asimismo, se registró una media de triglicéridos de 182 mg/dl en hipertensos y de 233 mg/dl en diabéticos. Datos superiores a los hallados en otros estudios a nivel nacional e internacional (Akintunde et al., 2010; Machado-Alba & Machado-Duque, 2013; Osorio-Bedoya et al., 2020).

Tabla 3. *Características clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus*

Indicador	Hipertensión arterial	Diabetes Mellitus
	Media	Media
Edad	70,01	64,88
IMC	27	27
Perímetro abdominal	95	97
Presión arterial sistólica	135	132
Presión arterial diastólica	79	80
Colesterol total	205	209
Colesterol HDL	47	47
Colesterol LDL	125	121
Triglicéridos	182	233
Glicemia	116	156
HBa1c	7,44	7,82
Creatinina sérica	1,07	1,04
TFG	62,93	66,13

Nota. Esta tabla describe los hallazgos relacionados con características clínicas y paraclínicas en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Datos tomados de De La Peña, H. M., & Virgüez, O. A. (2022).

El sobrepeso y la obesidad se identifican como factores de riesgo importantes en esta población. Estas dos condiciones se presentaron en el 65% de los pacientes, con una media de IMC de 27 tanto para hipertensos como diabéticos. Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Delgado Restrepo et al., (2011), y coinciden con el aumento del IMC a nivel mundial y con la epidemia de la obesidad. Inicialmente se consideraba la obesidad como un problema de los territorios desarrollados, sin embargo, esta condición ha tenido un aumento importante en países de bajos y medianos ingresos, esto asociado a un incremento en la ingesta de alimento de alta densidad calórica y baja en nutrientes. Estas diferencias pueden explicarse por los hábitos y estilos de vida de la población que reside en el occidente de Boyacá, Colombia.

Este desequilibrio en la ingesta calórica se puede ver reflejada en el municipio de Muzo donde existe un pobre acceso a comida saludable y un fácil acceso a comida chatarra, al igual que en otras zonas de Colombia. Además, por ser un municipio tropical, con una humedad y sensación térmica alta, la población accede al consumo en grandes cantidades de bebidas azucaradas, ya sean jugos naturales o industriales, como forma de refrescarse e hidratarse. Es de resaltar que este municipio es uno de los principales productores de caña de azúcar y panela en el departamento, lo que lleva a un alto consumo de este carbohidrato en todas sus preparaciones. Esta situación, sumada al bajo nivel de conocimiento sobre los efectos del consumo excesivo de carbohidratos en el aumento de peso y en la salud cardiovascular y metabólica, contribuye a la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población.

En este estudio se encontró que 32% de los pacientes tienen diagnóstico de DM, con una media de glicemia en 156 mg/dl y de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en 7.82%. Estos valores son superiores a estudios realizados en otras regiones de Colombia: por ejemplo, Machado-Alba y Machado-Duque (2013) identificaron un 27% de diabéticos, y Osorio-Bedoya et al., (2020) documentaron una población de diabéticos del 17,8%.

Tabla 4. *Manejo farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus*

Fármacos		Diabetes Mellitus					
		Si		No		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sulfonilurea	Si	1	100%	0	0%	1	0,5%
	No	60	31%	132	69%	192	99,5%
Biguanidas	Si	56	95%	3	5%	59	30,6%
	No	5	4%	129	96%	134	69,4%
iSGLT2	Si	5	56%	4	44%	9	4,7%
	No	56	30%	128	70%	184	95,3%
iDPP 4	Si	24	100%	0	0%	24	12,4%
	No	37	22%	132	78%	169	87,6%
aGLP1	Si	1	100%	0	0%	1	0,5%
	No	60	31%	132	69%	192	99,5%
Insulina	Si	20	100%	0	0%	20	10,4%
	No	41	24%	132	76%	173	89,6%

Nota. En esta tabla se presenta los grupos farmacológicos para el manejo de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus. Datos tomados de De La Peña, H. M., & Virgüez, O. A. (2022).

Tabla 5. *Lugar de aplicación y técnica de aplicación en los pacientes insulinorequirientes*

Lugar y técnica		Diabetes Mellitus	
		N	%
Lugar de aplicación de insulina	Abdomen	16	80%
	Brazos	4	20%
Técnica de aplicación de insulina	Correcta	7	35%
	Incorrecta	13	65%

Nota. Esta tabla describe los hallazgos relacionados con la técnica de aplicación de la insulina, Datos tomados de De La Peña, H. M., & Virgüez, O. A. (2022).

En los pacientes analizados en la ESE Santa Ana de Muzo, se encontró el 26% de los diabéticos se encontraron controlados (HbA1c < 7%). En cuanto al manejo farmacológico, se identificó que el 91% de los pacientes se encuentran en manejo con biguanidas, seguido del 12,4% con inhibidores de dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4) y el 10% con insulina (Tabla 4). No obstante, de los pacientes que se aplican insulina, el 67 % no tienen adecuada técnica en su aplicación (Tabla 5). Esto es evidenciado principalmente en la aplicación intramuscular y/o una deficiente rotación del sitio de aplicación, lo que sugiere una educación insuficiente con respecto a la insulinización.

El control de los pacientes diabéticos es un desafío considerable, debido a las complejas interacciones entre factores comportamentales, socioeconómicos y su capacidad para acceder a la atención en salud necesaria. Estos hallazgos son una muestra de las dificultades que tiene la población de estudio de la ESE Santa Ana de Muzo, para acceder y lograr una atención medica de alta calidad. Durante la valoración a los pacientes en consulta se pudo observar que existen dificultades en la entrega de medicamentos antidiabéticos por parte la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), lo que limita el acceso a las nuevas tecnologías para el manejo de la DM tipo 2.

En relación con las complicaciones, se documentó que el 55% de la población tiene complicaciones asociadas a las patologías precursoras, distribuidos así: el 31% de la población tiene ERC en cualquier estadio, 7% de la población tiene antecedente de enfermedad coronaria, otro 7% con IC, 5 % de ACV, 5% enfermedad arterial periférica, 1% FA, 1% retinopatía diabética (Tabla 2). Estos datos son inferiores a los hallados por Marcano et al., (2022), quienes documentaron que el 64% de la población estudiada tiene complicaciones, siendo la ERC la más frecuente.

Estas diferencias pueden explicarse por diversos factores. En primer lugar, al ser un centro de primer nivel de atención, existe una población de alto o muy alto riesgo que son valorados en el segundo y tercer nivel de atención. En segundo lugar, es posible que

exista subregistros, debido a las dificultades para realizar estudios paraclínicos e imágenes diagnostica, necesarios para diagnóstico adecuado de cada una de las condiciones. Estos exámenes deben realizarse en instituciones de mayor complejidad, lo que se convierte en una barrera para el acceso a estos servicios.

Tabla 6. *Hábitos por ciclo vital individual*

Hábitos		Ciclo vital individual					
		Adulto medio		Adulto mayor		Total	
		n	%	n	%	n	%
Tabaquista activo	Si	2	29%	5	71%	7	4%
	No	42	23%	143	77%	185	96%
Consumo de alcohol	Si	7	20%	28	80%	35	18%
	No	38	24%	120	76%	158	82%
Actividad física	Si	8	36%	14	64%	22	11%
	No	37	22%	134	78%	171	89%
Conciencia de enfermedad	Si	40	23%	136	77%	176	91%
	No	5	29%	12	71%	17	9%
Adherencia farmacológica	Si	31	33%	95	49%	126	65%
	No	14	26%	53	28%	67	34%

Nota. En esta tabla se describe la distribución de hábitos según el curso de vida Datos tomados de De La Peña, H. M., & Virgüez, O. A. (2022).

La Tabla 6 describe la distribución de hábitos según el curso de vida. Se destaca que el 89% de los pacientes son sedentarios, el 18% consume alcohol y el 4% de ellos son tabaquistas activos. Estos datos difieren a los encontrados por Osorio-Bedoya et al., (2020), quienes documentaron que el 41% de los pacientes son sedentarios, el 13% son fumadores activos, el 10% consumen algún tipo de bebida alcohólica. Así mismo, el estudio *Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en América Latina: una revisión de la evidencia publicada 2010-2015*, reporta una prevalencia de sedentarismo del 38,5%, y de alcoholismo y tabaquismo del 31% cada uno (Pereira-Rodríguez et al., 2015).

Sin embargo, con la observación realizada en el municipio de Muzo, se sospecha que estos datos están sesgados, debido a que, al interrogar sobre el tema, los pacientes tienden a negar la información. A lo anterior se le denomina sesgo de inaceptabilidad (Gómez Gracia, n.d.).

La Figura 1, que a continuación se expone, expresa de manera contundente que las prácticas de vida cotidiana son contrarias a las respuestas expuestas por los pacientes en el consultorio. Es importante resaltar la necesidad que tiene la observación directa sobre el campo, lo que permite consolidar información más objetiva de la realidad, como se puede apreciar de manera directa en el trabajo de la mina.

Figura 1. *Voladora sector mata de café*



Nota. La foto muestra la vida cotidiana de buscadores de esmeralda con esperanza de obtener la piedra preciosa, cuando lanzan residuos de tierra de la mina. Foto tomada por Hannia De la peña residente de práctica extramural en Medicina Familiar, ESE Santa Ana de Muzo Boyacá (2022).

Conclusiones

Se logró documentar que el control metabólico y de cifras tensionales de los individuos valorados es deficiente. Existe un alto porcentaje de pacientes no adherentes a la terapia farmacológica y no farmacológica. Se pudo evidenciar, además, que un porcentaje importante de la población tiene bajo nivel educativo, pertenece a un estrato socioeconómico bajo y su actividad laboral es informal; lo que indica que las enfermedades crónicas de esta población están fuertemente determinadas por las circunstancias que rodean a los individuos.

Así mismo, se logró visibilizar cómo los determinantes socioeconómicos valorados, que muestran condiciones de inequidad social, se encuentran relacionados con el mal control de las patologías cardiovasculares y con el pobre acceso a los servicios en salud. Estas inequidades revelan que la población muceña se encuentra alejada de los principios de la atención primaria en salud, por lo que se requiere con urgencias la intervención integral e intersectorial en salud, bajo un enfoque diferencial, que garantice los derechos fundamentales de esta población, mejore sus condiciones de vida y tengan un impacto positivo en su bienestar.

Es de destacar que solo centrarse en datos estadísticos y cuantitativos, nos aleja de la realidad social y cultural de la población que valoramos, ya que no revela una imagen integral ni real de la persona, la familia y la comunidad evaluada. Por ello, es importante que el personal de salud, particularmente los médicos y científicos, siempre evalúen la relación de lo biológico e individual y las condiciones sociales, económicas, culturales y sanitarias en donde se desarrolla la persona y su familia.

La principal limitación de este estudio radica en el sesgo de selección, debido a las características de la población. Por tal motivo, los resultados no pueden extrapolarse a otras poblaciones. Sin embargo, este estudio sirve como base para futuras investigaciones con una población más representativa.

Referencias

Akintunde, A. A., Ayodele, E. O., Akinwusi, O. P., & Opadijo, G. O. (2010). Dyslipidemia Among Newly Diagnosed Hypertensives: Pattern and Clinical Correlates. *Journal of the National Medical Association*, *102*(5), 403–407. https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30575-7

Chacón Flor, C. A., Parra Martínez, L. P., Vallejo Imitola, B. E., & Villamil Floriano, S. (2014). *Caracterizacion de la poblacion con hipertension arterial y diabetes mellitus tipo 2 de las principales EPS del municipio de Tulua Valle 2013*. https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/752/3/Carlos%20Augusto%20Chacon%20Flor.pdf

DANE. (2022). *Estadísticas Vitales (EEVV) Bogotá DC 25 de marzo de 2022 Boletín Técnico*. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_defunciones_IVtrim_2021pr.pdf

Delgado Restrepo, J. F., Cardona Vélez, L. E., Rodríguez Gázquez, M. de los Á., & Toro Montoya, A. E. (2011). *Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes de un programa de riesgo cardiovascular*. https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1790/1593

Gallardo-Solarte, K., Benavides-Acosta, F. P., & Rosales-Jiménez, R. (2016). Chronic disease cost not transferable: Colombian reality. *Revista Ciencias de La Salud*, *14*(1), 103–114. https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.09

Gómez Gracia, E. (n.d.). *Errores frecuentes en investigación biomédica: sesgos, confusion e interacción*. Retrieved December 19, 2022, from https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Investigacion_Salud/Actividades/M2T10-Texto.pdf

Huerta-Vargas D, Bautista-Samperio, L., Irigoyen-Coria, A., & Arrieta-Pérez, R. (2005). Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. In *Archivos en Artículo Original* (Vol. 7, Issue 3).

Machado-Alba, J. E., & Machado-Duque, M. E. (2013). *Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia afiliados al sistema de salud en Colombia*. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200007

Marcano Caraballo Ramón, & Castañeda Silva, J. (2022). *Caracterización epidemiológica de pacientes diabéticos e hipertensos en consultorio en Quinta Normal, 2018-2019*. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872022000100017&script=sci_arttext

Organización Mundial de la Salud. (2017, May 17). *Enfermedades cardiovasculares*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2019). *Estudios Económicos de la OCDE Colombia*. http://www.oecd.org/economy/colombia-economic-snapshot/

Osorio-Bedoya, E. J., Amariles, P., & Restrepo-Garay, M. (2020). Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con riesgo cardiovascular en una institución de atención ambulatoria durante 2015 y 2016. *Revista Médicas UIS*, *33*(1), 21–29. https://doi.org/10.18273/revmed.v33n1-2020003

Pereira-Rodríguez, J., Peñaranda-Florez, D., Reyes-Saenz, A., Caceres-Arevalo, K., & Cañizarez-Pérez, Y. (2015). Prevalence of cardiovascular risk factors in Latin America: a review of the published evidence 2010-2015. In *Rev Mex Cardiol* (Vol. 26, Issue 3). www.medigraphic.com/revmexcardiolwww.medigraphic.org.mx

3. Estudio del nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad y calidad de vida familiar en un municipio de Boyacá

Luisa Milena Avila Velandia[1]
Servicio Extremeño de Salud (España)
luisitamve@gmail.com

En Colombia, los Determinantes Sociales de la Salud influyen significativamente en la calidad de vida de las personas con discapacidad (PCD) y sus familias. Estos determinantes incluyen factores sociales, económicos y de acceso a recursos que afectan la inclusión y bienestar de estas personas, especialmente en áreas rurales como el municipio de Siachoque, Boyacá. Este estudio se

1 Médico Cirujano, UPTC, Especialista en Medicina Familiar, UPTC, Máster en Razonamiento y Práctica Clínica, U. de Alcalá España Máster en Economía de la Salud del Medicamento Universitat Pompeu Fabra-España. Especialista en Epidemiología, Universidad de Boyacá.

centra en evaluar la calidad de vida familiar de las personas que cuidan a familiares con discapacidad, considerando el nivel de funcionamiento de la persona con discapacidad.

Según el DANE, en Colombia la prevalencia de discapacidad se estima en 2,65 millones de personas, lo que representan el 5,6% de las personas de 5 años o más, de ellas el 54,6% son mujeres y el 45,4% son hombres. Además, informa que, para el año 2021, solo el 21,9% de esta población contaba con empleo, lo que evidencia las dificultades para su inclusión laboral (DANE, 2022). Esta situación, en contextos rurales como Siachoque, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las familias con miembros en condición de discapacidad.

La discapacidad, ya sea congénita o adquirida, puede impactar la participación en la vida social y afectar el bienestar mental, físico, económico, laboral y relacional de la persona. Estos efectos, a su vez, influyen en la calidad de vida tanto de la persona con discapacidad como de su familia, pues implican una ruptura con el estilo de vida al que estaban acostumbrados (Morcov et al., 2022).

Establecer la calidad de vida familiar de personas con discapacidad (PCD) y evaluar su nivel de funcionamiento es crucial para los médicos, principalmente para los especialistas en medicina familiar. Comprender cómo la discapacidad afecta a la comunidad y a la familia es fundamental para crear redes de apoyo, mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades en todos los miembros a largo plazo. Por lo tanto, este estudio es fundamental para tomar decisiones e implementar estrategias de intervención e inclusión centradas en la familia con personas con discapacidad y su entorno.

En este sentido, el objetivo de este trabajo de investigación estuvo orientado a determinar la calidad de vida de las familias de personas con discapacidad según el nivel de funcionamiento de la persona con discapacidad, en el municipio de Siachoque, Boyacá, en 2023.

Este estudio se elaboró de corte transversal y se realizó en el municipio de Siachoque durante el segundo periodo de 2023, con

el objetivo de determinar la calidad de vida de familias de personas con discapacidad según el nivel de funcionamiento de la PCD. Para ello, se utilizaron los instrumentos WHODAS 2.0 y la "*Escala de calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad*" (L Córdoba et al., 2011b). En total participaron 32 familias con personas con discapacidad (PCD).

En general, se observó que la mayoría de las personas que desempeñan el rol de cuidador son las madres. La discapacidad intelectual fue la más prevalente en el estudio. Los factores que mayor impacto tienen en la calidad de vida son los recursos familiares y el apoyo a la discapacidad.

Los hallazgos indican que los Determinantes Sociales de la Salud, como el apoyo familiar y los recursos disponibles, tienen un impacto crucial en el bienestar de las familias con PCD. La intervención de los médicos familiares es esencial para mejorar la calidad de vida, ya que pueden ofrecer apoyo emocional, distribuir tareas de manera equitativa y generar redes de apoyo.

La atención integral que proporciona el médico familiar no solo abarca el aspecto físico de la persona con discapacidad, sino que también debe centrarse en el apoyo emocional y social para la familia en su conjunto.

El médico familiar tiene la capacidad de intervenir de manera temprana, educando a las familias sobre la discapacidad, distribuyendo tareas dentro del hogar y ofreciendo orientación en la gestión emocional de los cuidadores. Además, puede facilitar el acceso a recursos y servicios, generando redes de apoyo y promoviendo la inclusión social. En este sentido, su rol trasciende el cuidado individual, contribuyendo al bienestar y la calidad de vida de toda la familia, lo que subraya la importancia de contar con profesionales capacitados y comprometidos con un enfoque integral en el cuidado de las personas con discapacidad y sus familias.

Para el desarrollo de este estudio, la población estuvo compuesta por las personas que presentan alguna discapacidad permanente y sus

familiares, que viven en el municipio de Siachoque. El tamaño de la muestra se determinó con un nivel de confianza del 95%, utilizando el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT, Versión 4.2, y se estableció en un total de 31 participantes. El Tipo de muestreo fue no probabilístico, no aleatorio; es decir se seleccionaron los sujetos con alguna discapacidad y sus familias, hasta completar el tamaño muestral.

Se utilizó la herramienta WHODAS 2.0, en su versión de 36 preguntas, la cual evalúa seis dominios relacionados con la discapacidad: comprensión y comunicación, movilidad, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria, trabajo y actividades escolares y, finalmente, el dominio de participación. Cada uno de estos dominios tiene un porcentaje que permite clasificar la discapacidad como leve, moderada, severa o completa (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Además, se aplicó la *Escala de Calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad, adaptada para Colombia*, la cual cuenta con tres secciones: 1. Información sociodemográfica, 2. Apoyos y servicios y 3. Calidad de vida familiar, cuya última sección permite establecer el "mapa de calidad de vida familiar" y determinar qué áreas de las evaluadas están satisfechas o no, conforme a la importancia y satisfacción subjetiva (L Córdoba et al., 2011b).

Estadística descriptiva: se analizaron factores sociodemográficos y familiares con frecuencias absolutas y relativas.

Estadística analítica: se halló el coeficiente de correlación entre las variables cuantitativas, considerando como variable independiente el grado de discapacidad y las dependientes las áreas de importancia según la satisfacción del mapa de calidad de vida familiar.

Se identificó el grado de la discapacidad tanto global como por cada una de las dimensiones que evalúa el WHODAS 2.0, por lo que se estratificó a los sujetos de acuerdo con las discapacidades presentes en dichas dimensiones. Para el procesamiento estadístico de datos

de cada uno de los cuestionarios, se creó una de base de datos que fue analizada mediante Microsoft Excel y el programa Stata. También se utilizó estadística descriptiva, según la distribución de los datos, para describir los resultados y las frecuencias.

Finalmente se realizó un análisis entre los dominios del WHODAS 2.0 y de la escala de calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad. Entre agosto y septiembre de 2023, se aplicaron ambos instrumentos a un total de 32 familias del municipio de Siachoque.

Datos sociodemográficos del familiar o cuidador de la persona con discapacidad

El total de familiares o cuidadores que participaron en la encuesta fueron del género femenino 84,4 %, mientras que el 15,6% correspondió al género masculino. El rango de edad más frecuente se ubicó entre los 45 y 64 años (46,9%), seguido por adultos jóvenes (31,3%) y adultos mayores (21,9%).

En cuanto al parentesco, la mayoría de los cuidadores fueron madres (34,37%), le siguen los hijos (15,62%) y en menor proporción padres, hermanos o tíos.

Respecto al estado civil, predominó el grupo de cuidadores solteros (43,8%), seguido por quienes se encuentran casados (34,4%). En relación con la ocupación, se identificó que las actividades más comunes fueron la agricultura y las labores del hogar, ambas con un 34,4%.

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los cuidadores cuenta con estudios de secundaria o bachillerato (37,5%), seguido por quienes tienen estudios primarios (28%).

La situación laboral evidencia que un alto porcentaje de cuidadores se encuentra inactivo (84,4%), mientras que el 6,3% manifestó estar buscando trabajo y otro 6,3% indicó tener empleo de tiempo completo.

Por último, el 50% de las familias reportó ingresos mensuales inferiores al salario mínimo legal vigente (SMLV). El 25% indicó percibir un salario mínimo mensual, y el otro 25% declaró ingresos de entre dos y tres salarios mínimos. Ninguna de las familias encuestadas reportó ingresos superiores a cuatro SMLV.

Datos sociodemográficos de las personas con discapacidad (PCD)

Esta investigación incluyó a 32 individuos con discapacidades, el 50% de los cuales eran mujeres. El rango etario predominante entre los participantes con discapacidades fue el de adultos maduros (40,6 %), seguido por adultos jóvenes (25%) y personas mayores (15%).

Más de la mitad de los involucrados (53%) indicaron que no experimentan inconvenientes conductuales. La discapacidad más frecuente fue la intelectual (59,3%), seguida por la discapacidad motriz (21,9%). Las dificultades auditivas, la sordera y los impedimentos del habla representaron en conjunto el 12,5%, mientras que la discapacidad visual correspondió al 6,3% del total.

En cuanto al estado civil, el 61,5% de los participantes eran solteros, el 28,1% casados, el 6,3% divorciados y el 3,1% viudos. Respecto al nivel educativo, el 6,3% alcanzó la educación media, el 53,1% completó la primaria y el 40,6% no contaba con formación académica.

Al excluir a los menores de 18 años que no trabajan, pero que podrían haber completado su escolaridad, se observa que, entre los adultos, el 50% posee educación elemental, el 42,3% no tiene estudios y el 7,7% ha cursado hasta el nivel de bachillerato.

En el ámbito laboral, el 76,9% de las personas mayores de 18 años con discapacidad no se encuentra empleada, mientras que el 23% trabaja de manera parcial.

Nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad según el instrumento WHODAS 2.0

- Comprensión y comunicación: 6 personas no presentaron discapacidad; 10 casos fueron clasificados como leves, 8 como moderados, 6 como severos y 2 como completos.
- Movilidad: 10 personas no presentaron discapacidad; 11 casos fueron leves, 3 moderados, 7 severos y 1 completo.
- Cuidado personal: 4 personas no presentaron discapacidad; 18 casos fueron leves, 4 moderados, 4 severos y 2 completos.
- Relaciones interpersonales: 4 personas no presentaron discapacidad; 13 casos fueron leves, 12 moderados, 1 severo y 2 completos.
- Actividades de la vida diaria: 4 personas no presentaron disca-pacidad; 8 casos fueron leves, 9 moderados, 6 severos y 5 completos.
- Participación: todas las personas evaluadas presentaron algún grado de discapacidad en este dominio; 16 casos fueron leves, 11 moderados, 4 severos y 1 completo.

Proporción de categorías de discapacidad según WHODAS 2.0 (clasificación global)

Se observó que el grado de severidad de la discapacidad valorado en todos los dominios fue del 50% de los participantes, el 34,4% moderada, el 12,5% severa y el 3,1% completa.

Áreas con mayor dificultad según WHODAS 2.0

Todos los participantes reportaron afectación en el dominio de participación, siendo este el más comprometido. Los ítems con mayor puntuación de afectación fueron:

1. Ítem 6.8: Dificultad para realizar actividades de relajación.
2. Ítem 6.6: Impacto económico asociado a la condición de discapacidad.
3. Ítem 6.2: Barreras del entorno físico o social.
4. Ítem 3.4: Dificultad para estar solo.
5. Ítem 5.4: Dificultad para terminar tareas domésticas.
6. Ítem 6.4: Tiempo dedicado al cuidado de la salud.
7. Ítem 6.7: Conflictos o dificultades dentro del entorno familiar.
8. Ítem 6.3: Dificultad para vivir con dignidad.
9. Ítem 6.1: Participación en actividades comunitarias.
10. Ítem 1.3: Problemas de concentración.
11. Ítem 4.2: Dificultad para mantener una amistad.
12. Ítem 4.5: Dificultad para caminar largas distancias.

Calidad de vida familiar de las familias de personas con discapacidad

La escala de calidad de vida familiar tiene 5 factores. El primero de ellos es el de la interacción familiar, que incluye nueve dimensiones y un puntaje máximo de 45. Los otros cuatro factores tienen 8 dimensiones, con un puntaje máximo de 40. Cada uno de ellos se califican según la importancia o satisfacción percibidas por los cuidadores de las personas con discapacidad (PCD).

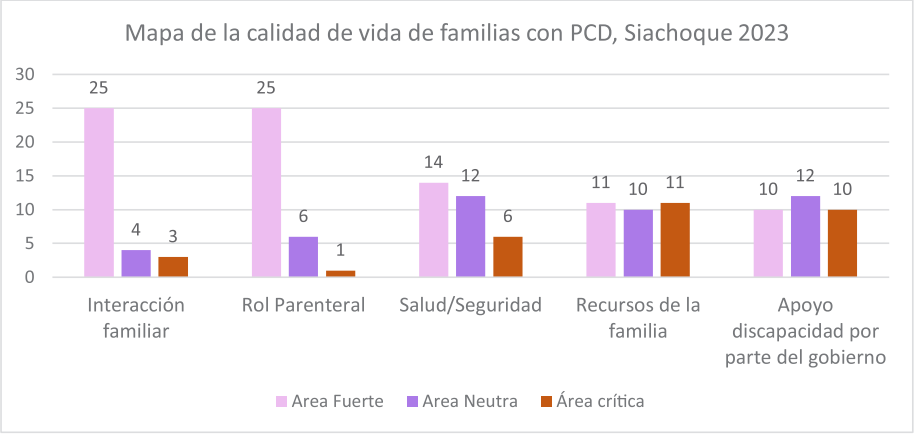
Al finalizar, se realiza un mapa para clasificar la calidad de vida según la importancia y satisfacción en 3 áreas: el área fuerte, el área neutra y el área crítica (L Córdoba et al., 2011b; Córdoba-Andrade et al., 2007).

La afectación calidad de vida familiar se analiza de forma descriptiva, con medidas de frecuencia con base en las puntuaciones otorgadas

en el mapa mencionado. En esta herramienta se tiene en cuenta tanto la satisfacción como la importancia asignada a cada uno de los dominios que evalúan los factores.

Las dimensiones con mayor afectación de la calidad de vida fueron el apoyo a la discapacidad por parte del gobierno y los recursos de la familia. Las dimensiones menos afectadas fueron la del rol parenteral y la interacción familiar.

Figura 1. *Afectación de la calidad de vida familiar dado por el mapa de calidad entre calificación de la importancia y la satisfacción de cada dimensión.*



Nota. Las dimensiones más afectadas son el apoyo gubernamental y los recursos familiares, mientras que las menos afectadas son la interacción familiar y el rol parenteral. Ávila L (2024).

Correlación cualitativa entre el nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad y la calidad de vida familiar

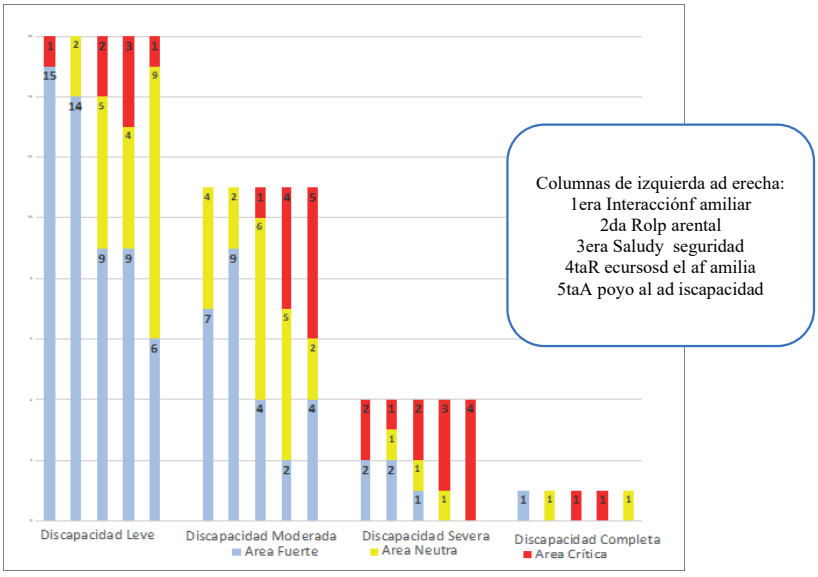
La escala de calidad de vida familiar para las familias con PCD permite elaborar un mapa de calidad de vida, que clasifica las respuestas de los participantes en tres categorías: área fuerte, neutra o crítica. Esto teniendo en cuenta tanto la importancia asignada como la satisfacción percibida en los factores y sus respectivos dominios.

El instrumento WHODAS 2.0 califica de forma global la discapacidad de cada persona en leve, moderada, severa o completa. Se realiza la relación entre la calidad de vida según el mapa de calidad de vida y el nivel de funcionamiento de las PCD, según la clasificación del WHODAS 2.0.

Como se puede observar en la siguiente figura, a medida que aumenta el nivel de discapacidad, los participantes muestran una puntuación más alta en el área crítica. Aunque solo hay un paciente con discapacidad completa, se identificaron dos áreas críticas: salud y recursos familiares.

Al observar que empieza aparecer un aumento de las áreas críticas y neutras conforme aumenta el nivel de la discapacidad, se realiza en Microsoft Excel la correlación para variables cualitativas con el coeficiente V de Cramer. El valor calculado fue de 0, 312, lo cual indica que existe una relación relativamente aceptable entre las variables que se están estudiando.

Figura 2. *Relación del Mapa de Calidad de Vida y nivel de la discapacidad.*



Nota. Se observa una correlación entre el aumento del nivel de discapacidad y las áreas críticas en el mapa de calidad de vida, con una correlación aceptable. Ávila L (2024).

Esta investigación se destaca por ser una de las primeras en analizar la calidad de vida de las familias de personas con discapacidad en una población rural de Colombia. Además, es pionera en explorar la correlación entre el nivel de funcionamiento de las personas en situación de discapacidad y la calidad de vida familiar, utilizando la herramienta WHODAS 2.0 y la escala de calidad de vida familiar validada para Colombia.

Según este estudio, las mujeres son las principales cuidadoras de las personas en situación de discapacidad. Esto refleja una carga desproporcionada que recae en las madres, hermanas, tías, esposas o abuelas, lo cual genera obstáculos para su participación laboral y refuerza la desigualdad de género (Jaramillo et al., 2023). Durante las entrevistas, varias mujeres mencionaron que la noticia de la discapacidad de sus hijos afectó sus relaciones de pareja, generando conflictos y desintegración familiar. Sin embargo, es importante destacar que esta situación no se aplica a todos los hogares con personas con discapacidad, ya que existen otros factores que influyen, como la educación, el apoyo familiar, la situación económica y el apoyo social.

En los resultados del estudio en el municipio de Siachoque, se observa que los cuidadores participantes eran en su mayoría adultos maduros mayores de 18 años, con un nivel educativo principalmente de bachillerato (37%). Sin embargo, el 25% de los cuidadores no tuvo acceso a la educación. Estos datos coinciden con las estadísticas nacionales del DANE de 2022, que muestran que en las zonas rurales se matriculan menos niños en la educación primaria (24.1%) en comparación con las zonas urbanas (75.8%). Esto refleja la persistencia de altas tasas de analfabetismo en las zonas rurales de Colombia en comparación con el sector urbano.

Al aplicar el instrumento WHODAS 2.0, se observa que hay dimensiones más afectadas que otras, destacando el dominio de participación que muestra afectación en el 100% de los pacientes, especialmente en los numerales 6.8 (dificultad para actividades de relajación), 6.6 (impacto económico por su condición) y 6.2 (barreras

del entorno). Estos resultados coinciden con estudios previos, como el de Oscar Páez y colaboradores (Páez et al., 2021) y un estudio internacional de Brasil sobre discapacidad en adultos mayores, donde se encontró mayor afectación en los dominios de movilidad y participación (Watfe et al., 2020)information about how prepared the health care system is for the rapid aging of the population is scarce. We investigated the prevalence of disability and areas of life affected by disability among elders of the public primary health care in São Paulo and Manaus, Brazil. We investigated whether people with disability visited a primary care professional more frequently, the individual characteristics associated with disability, and differences by city. We randomly selected participants aged ≥60 years (n = 1375. En un estudio que se llevó a cabo en Polonia, también se evidenció afectación en el dominio de participación en la población con discapacidad, (Ćwirlej-Sozańska et al., 2020). Esto puede deberse a la falta de educación, asesoría y acompañamiento para el cuidador y la persona con discapacidad, lo cual podría disminuir la carga del cuidador.

El estudio reveló que la salud y la seguridad son aspectos prioritarios, seguidos por el apoyo gubernamental y los recursos familiares. Sin embargo, la satisfacción con el apoyo a la discapacidad y los recursos familiares es baja. La discrepancia entre la importancia asignada a estos factores y la satisfacción obtenida afecta de manera negativa la calidad de vida. Estudios previos, como el de Leonor Córdoba, confirman estos hallazgos (L Córdoba et al., 2011b; Leonor Córdoba et al., 2007). Se encontró que el WHODAS 2.0 tiene una influencia estadísticamente significativa en los factores de apoyo por parte del gobierno, salud-seguridad y recursos familiares, con una correlación moderada.

Estos resultados han sido consistentes con otros estudios que utilizan diferentes instrumentos para medir la calidad de vida según el nivel o grado de severidad de la discapacidad.

En China, se ha encontrado que la gravedad de la discapacidad física influye en la calidad de vida, no solo de manera directa, sino

también a través de un componente subjetivo: la forma en que la persona con discapacidad (PCD) percibe su situación (Zheng et al., 2014). Así mismo, en este estudio se pueden ver situaciones extremas; por ejemplo, una cuidadora que tiene un familiar con una discapacidad completa (100%) presenta una calidad de vida que no se afecta tanto como el de otras personas que cuidan a familiares con discapacidades menos severas, siempre que cuente con mayor apoyo familiar e incluso económico.

En general, la mayoría de las investigaciones sobre la calidad de vida relacionada con la salud impactan directamente en la relación entre salud y enfermedad de los pacientes, su cuidador, su familia y la comunidad (Golics et al., 2013). Por ello, estudios como este ofrecen una visión única en cuestiones como las relaciones familiares, así como los efectos de las decisiones de manejo en la familia y comunidad de las PCD, aspectos que pueden ser direccionados y enfocados desde una visión integral por el médico familiar. -

Este estudio evidencia la falta de educación desde el momento del diagnóstico de una discapacidad, tanto para la persona afectada como para su familia. Esto puede generar implicaciones en la distribución de las tareas del hogar, en las relaciones de la pareja o con otras personas, así como la forma como se afronta la vida y las perspectivas que cada uno se puede formar sobre su calidad de vida. Por ello, el rol del médico familiar no debe limitarse al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, sino que puede extenderse al desarrollo de redes de apoyo que permitan aprovechar al máximo los recursos disponibles —aunque sean limitados— y adaptarlos al contexto de cada persona, su familia y su comunidad (Lovo, 2021). De este modo, el impacto al momento de dar un diagnóstico de discapacidad, la persona y su familia podrán contar con herramientas que les permitan afrontar las barreras que se les pueda presentar: aprenderán a gestionar sus emociones, las responsabilidades del cuidado se distribuirán entre varios miembros o, en algunos casos, incluso se podrá prescindir de un cuidador exclusivo.

A modo de conclusión, la severidad de la discapacidad de uno de los miembros de la familia puede impactar significativamente

tanto en la PCD como en su familia. La intensidad de los desafíos y las necesidades de cuidado pueden variar y tener un impacto en diferentes aspectos de la dinámica y bienestar familiar.

El médico familiar desempeña un papel crucial para la mejorar de la calidad de vida de las PCD y sus familias, porque puede centrarse en una atención médica integral. Cuando hay en la familia algún miembro en situación de discapacidad, se generan unos cambios en la dinámica familiar que pueden ser prevenidos con una intervención adecuada y oportuna. Esta debe incluir una educación en la situación de discapacidad de su familiar, distribución de las tareas, espacios para hablar acerca de los sentimientos y la creación de programas de apoyo que contribuyan a fortalecer y mejorar la calidad de vida tanto de la familia como de la comunidad en general (Lara y De los Pinos, 2017).

Este estudio puede proporcionar a los médicos familiares una mayor comprensión de las necesidades y desafíos que enfrentan las familias con miembros con discapacidad. Les brinda información sobre los factores que más impactan la calidad de vida y los aspectos en los que se requiere un mayor apoyo, como el gobierno y los recursos familiares. Con esta información, los médicos familiares pueden adaptar su enfoque de atención y brindar un apoyo más integral a estas familias, conectándolas con los recursos y servicios adecuados para mejorar su calidad de vida.

Este tipo de investigación puede resultar de gran valor para el gobierno de Siachoque, ya que les permitirá generar políticas y programas más efectivos, diseñados específicamente para abordar las necesidades identificadas. Además, al conocer las áreas con mayor insatisfacción y afectación, podrán asignar recursos de manera más estratégica y establecer colaboraciones con otras entidades, lo que fortalecerá el apoyo y mejorará la disponibilidad de recursos para la comunidad.

Asimismo, este estudio ofrece una valiosa perspectiva para realizar investigaciones similares en otros municipios, lo que permitirá evaluar si se presenta el mismo fenómeno en las familias con

personas con discapacidad. Esto proporcionaría una visión más amplia y ayudaría a implementar estrategias a nivel regional que aborden de manera más eficiente las problemáticas comunes.

El presente estudio sobre el grado de severidad de la discapacidad y cómo afecta la calidad de vida familiar es muy útil para la sociedad. Contribuye al conocimiento y comprensión de las necesidades y retos que enfrentan estas personas y sus familias, lo cual puede ayudar a mejorar los servicios y apoyos que se les brindan. Además, promueve la inclusión y el bienestar de estas personas con discapacidad, promoviendo una sociedad más justa y equitativa.

Al mejorar los servicios y apoyos para estas personas y sus familias, este estudio contribuye a la sociedad porque la sensibiliza en la importancia de la inclusión y el respeto hacia ellas. También puede brindar pautas y recomendaciones para promover entornos más accesibles y amigables, tanto a nivel familiar como comunitario. En general, esta investigación tiene el potencial de generar cambios positivos en la sociedad al promover una mayor igualdad de oportunidades y una mejor calidad de vida para todos.

Dado que se trata de un estudio transversal y observacional, no es posible establecer relaciones de causalidad. Al realizar un estudio por muestreo no probabilístico, los resultados no deben interpretarse desde una perspectiva poblacional.

La aprobación del comité de ética de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC) fue necesaria para la realización del estudio. Además, la investigadora no tiene conflictos de interés para la realización del estudio.

Referencias

Aguas, M., & Hernández, M. (2017). *Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo, Sucre (Colombia) 2017* [Grupo de investigación Cuerpo Movimiento: Universidad Autónoma de Manizales]. https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/249/1/Discapacidad_calidad_vida_relacionada_salud_personas_adultas_discapacidad_ciudad_Sincelejo_Sucre_2017.pdf

Aparecida M., Adao E., & Welder R. (2023). *Estudiantes con discapacidad en las escuelas rurales. Un retrato del escenario brasileño*. Revista Iberoamericana de Educación. https://rieoei.org/RIE/article/view/5521/4618

Bengali, L., Daly, M. C., Lofton, O., & Valletta, R. G. (2021). The Economic Status of People with Disabilities and Their Families since the Great Recession. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *695*(1), 123–142. https://doi.org/10.1177/00027162211022693/SUPPL_FILE/SJ-DOCX-1-ANN-10.1177_00027162211022693.DOCX

Cascella Carbó, G. F., García-Orellán, R., Cascella Carbó, G. F., & García-Orellán, R. (2020). Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal. *Investigación y Educación En Enfermería*, *38*(1), 2216–0280. https://doi.org/10.17533/UDEA.IEE.V38N1E10

Cohen, P., & Publicación, U. DE. (n.d.). *Reglas de etiqueta frente a una persona con discapacidad SUGERENCIAS PARA RELACIONARSE CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES ACCESS RESOURCES Ilustraciones por Yvette Silver*.

Córdoba-Andrade, L., Uana Gómez-Benito, J., & Ángel Verdugo-Alonso, M. (2007). *Family Quality of Life of People with Disability: a Comparative Analyses*.

Córdoba, L, Verdugo, M. A., Gómez, J., Andrade, L. C., Angel, M., Alonso, V., & Benito, J. G. (2011a). *Escala de calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad. Manual de adaptación para Colombia*.

Córdoba, L, Verdugo, M. A., Gómez, J., Andrade, L. C., Angel, M., Alonso, V., & Benito, J. G. (2011b). ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR Para familias de personas con discapacidad MANUAL ADAPTACIÓN PARA COLOMBIA. *Universidad de Salamanca*.

Córdoba, Leonor, Mora, A., Bedoya, Á., & Verdugo, M. Á. (2007). Familias de Adultos con Discapacidad Intelectual en Cali, Colombia, Desde el Modelo de Calidad de Vida. *Psykhe (Santiago)*, *16*(2), 29–42. https://doi.org/10.4067/S0718-22282007000200003

Ćwirlej-Sozańska, A. B., Wiśniowska-Szurlej, A., Wilmowska-Pietruszyńska, A., & Sozański, B. (2020). Factors associated with disability and quality of life among the oldest-old living in community in Poland - a cross-sectional study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine : AAEM*, *27*(4), 621–629. https://doi.org/10.26444/AAEM/115020

DANE. (2022). *Estado actual de la medición de la discapacidad en Colombia*.

DANE. (2023a). *DANE - Información económica y sociodemográfica desagregada a nivel municipal*. https://www.dane.gov.co/index.php/actualidad-dane/5607-informacion-economica-y-sociodemografica-desagregada-a-nivel-municipal

DANE. (2023b). *DANE - Mercado laboral de las personas con discapacidad*. https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/mercado-laboral-de-las-personas-con-discapacidad

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (n.d.). *Defender los derechos y las opciones de las personas con discapacidad*. Retrieved

October 20, 2023, from https://www.unfpa.org/es/defender-los-derechos-y-las-opciones-de-las-personas-con-discapacidad

Ghazawy, E. R., Mohammed, E. S., Mahfouz, E. M., & Abdelrehim, M. G. (2020). Determinants of caregiver burden of persons with disabilities in a rural district in Egypt. *BMC Public Health*, *20*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/S12889-020-09266-4/TABLES/5

Golics, C. J., Basra, M. K. A., Finlay, A. Y., & Salek, S. (2013). The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *106*(10), 399. https://doi.org/10.1177/0141076812472616

Henao, C., & Pérez, J. (2011). *Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular: resultados desde el WHO-DAS II*. Revista Ciencias de La Salud. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732011000200005

Jaramillo, F., Guzmán, Y., & Cortés, M. (2023). *Vista de Encuentros y desencuentros. Análisis de los debates en torno al Sistema de Cuidado de Bogotá D. C. desde el enfoque de la discapacidad y el género | Colombia Internacional*. Colombia Internacional. https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/colombia-int/article/view/1310/8753

Lara, E. B., & de los Pinos, C. C. (2017). Families with a Disabled Member: Impact and Family Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *237*, 418–425. https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2017.02.084

Lovo, J. (2021). Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar Ian McWhinney: Os Nove Princípios de Medicina de Família Ian McWhinney: The Nine Principles of Family Medicine. *Archivos En Artículo Especial*, *23*(2).

Morcov, M. V., Pădure, L., Morcov, C. G., Mirea, A., Ghiță, M., & Onose, G. (2022). Comparative Analysis of the Quality of Life in Families with Children or Adolescents Having Congenital versus Acquired Neuropathology. *Children*, *9*(5). https://doi.org/10.3390/CHILDREN9050714

Mutubuki, E. N., Beljon, Y., Maas, E. T., Huygen, F. J. P. M., Ostelo, R. W. J. G., van Tulder, M. W., & van Dongen, J. M. (2020). The longitudinal relationships between pain severity and disability versus health-related quality of life and costs among chronic low back pain patients. *Quality of Life Research*, *29*(1), 275. https://doi.org/10.1007/S11136-019-02302-W

Núñez-Muñoz, C. G., Peña-Ochoa, M., González-Niculcar, B., & Ascorra-Costa, P. (2020). A view from the inclusion to the scholar integration program in chilean rural schools: An analysis of cases. *Revista Colombiana de Educacion*, *1*(79), 347–368. https://doi.org/10.17227/RCE.NUM79-9725

Ohta, R., Ueno, A., Kitayuguchi, J., Moriwaki, Y., Otani, J., & Sano, C. (2021). Comprehensive Care through Family Medicine: Improving the Sustainability of Aging Societies. *Geriatrics*, *6*(2). https://doi.org/10.3390/GERIATRICS6020059

ONU Mujeres-Colombia. (2021). *Análisis de la situación de las personas con disc*apacidad en Colombia 2021 | Publications | UN Women – Colombia. https://colombia.unwomen.org/es/digital-library/publications/2022/05/analisis-de-la-situacion-de-las-personas-con-discapacidad-en-colombia-2021

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0*. https://iris.who.int/handle/10665/170500

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la Salud y la Discapacidad Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS*.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011). *INFORME MUNDIAL LA DISCAPACIDAD SOBRE*.

Ortega Patricia, Torres Laura, Reyes Adriana, & Garrido Adriana. (2015). *Discapacidad en hijos. Cambios en la dinámica familiar*. Psicología de La Familia. https://psicologiacientifica.com/discapacidad-hijos-cambios-familia/

Páez, O. D., Gualdrón, E. L., Melo, A. R. M., & Ortiz, M. V. (2021). Caracterización de discapacidad en pacientes con traumatismos de la médula espinal usando whodas 2.0. *Atención Familiar*, *28*(2), 89–94. https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78796

Pérez Ayesa, A. (2017). *Impacto de la discapacidad en el núcleo familiar*. https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/23449

Pinilla-Roncancio, M. (2015). Disability and poverty: two related conditions. A review of the literature. *Revista de La Facultad de Medicina*, *63*(3), 113–123. https://doi.org/10.15446/REVFACMED.V63N3SUP.50132

Rodríguez-Blázquez, C., Damián, J., Andrés-Prado, M. J., Almazán-Isla, J., Alcalde-Cabero, E., Forjaz, M. J., Castellote, J. M., González-Enríquez, J., Martínez-Martín, P., Comín, M., & De Pedro-Cuesta, J. (2016). Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: a cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. *BMJ Open*, *6*(6). https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2015-010446

Rodríguez Bernal, C. S., & Forero Álvarez, J. (2021). El impacto de los ingresos generados por la agricultura familiar en la superación de la pobreza de los campesinos colombianos. *Papel Político, ISSN-e 0122-4409, Vol. 26, Nº. 1, 2021*, *26*(1), 1. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8459705&info=resumen&idioma=ENG

Secretaría de Salud de Boyacá. (2020). *ASIS - Análisis de la Situación en Salud archivos - Gobernación de Boyacá | Secretaría de Salud*. https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/category/direcciones/direccion-de-salud-publica/asis-analisis-de-la-situacion-en-salud/

Vega Córdova, V., Jenaro Río, C., Flores Robaina, N., CruzOrtiz, M., & Lerdo de Tejada, A. (2013). Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile. *Universitas Psychologica*, *12*(2), 471–481. https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.UPSY12-2.ECVA

Velandia Campos, S., Castillo Caicedo, M., & Mora, J. J. (2021). La situación laboral de las personas con discapacidad en Colombia desde un enfoque local. *Revista de Métodos Cuantitativos Para La Economía y La Empresa, ISSN-e 1886-516X, Vol. 31, 2021, Págs. 280-300*, *31*, 280–300. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7958547&info=resumen&idioma=ENG

Velandia, S., Castillo, M., Ramírez, M., Velandia, S., Castillo, M., & Ramírez, M. (2018). Acceso a la educación superior para personas con discapacidad en Cali, Colombia: paradigmas de pobreza y retos de inclusión. *Lecturas de Economía*, *89*(89), 69–101. https://doi.org/10.17533/UDEA.LE.N89A03

Warfield, M. E., Lorenz, L., Ali, H. N., & Gittell, J. H. (2022). Strengthening Community Participation by People With Disabilities in Community-Based Group Homes Through Innovative Action Research. *Frontiers in Public Health*, *10*, 747919. https://doi.org/10.3389/FPUBH.2022.747919

Watfe, G. M. P., Fajersztajn, L., Ribeiro, E., Menezes, P. R., & Scazufca, M. (2020). Prevalence of Older Adult Disability and Primary Health Care Responsiveness in Low-Income Communities. *Life (Basel, Switzerland)*, *10*(8), 1–14. https://doi.org/10.3390/LIFE10080133

Zheng, Q. L., Tian, Q., Hao, C., Gu, J., Lucas-Carrasco, R., Tao, J. T., Liang, Z. Y., Chen, X. L., Fang, J. Q., Ruan, J. H., Ai, Q. X., & Hao, Y. T. (2014). The role of quality of care and attitude towards disability in the relationship between severity of disability and quality of life: findings from a cross-sectional survey among people with physical disability in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*(1), 25. https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-25

4. Prevalencia de trastornos mentales en menores colombianos y la importancia de los DSS en la salud mental

Juan Sebastián Corredor-Briceño[1]
juancorredor956@gmail.com

Yenny Salamanca-Camargo[2]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Líder Grupo de Investigación Clínica y Salud
yenny.salamanca@uptc.edu.co

Luisa Fernanda Rueda-Martínez[3]
luisa.rueda01@uptc.edu.co

Ludy Alexandra Vargas-Torres[4]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Líder Grupo de investigación Atención Primaria de Salud
ludy.vargas@uptc.edu.co

La salud mental de los niños y adolescentes ha sido considerada un factor indispensable para el desarrollo social y económico de

1 Psicólogo Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, ORCID https://orcid.org/0009-0008-8938-6670

2 Docente escuela de Psicología de la Uptc, experiencia en la prestación de servicio, docencia e investigación en psicología clínica desde su formación como Máster Internacional en Psicología Clínica y de la Salud de la Asociación Española de Psicología Conductual; Magister en Psicología con énfasis Clínico de la Universidad del Norte y Doctoranda en Psicología de la Universidad de Jaén, ORCID https://orcid.org/0000-0002-0928-8907

3 Psicóloga Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3818-2785

4 Docente Asociada de la escuela de Medicina de la Uptc, experiencia en la prestación del servicio, gestión y formación del talento humano en salud pública y atención primaria de Salud como médica, especialista en gerencia en salud pública, magister en educación y doctora en Ciencias de la Salud, ORCID https://orcid.org/0000-0002-0794-4093

cualquier sociedad. Sin embargo, su bienestar físico y mental se ve amenazado por determinantes que transcienden lo individual y biológico. Las mismas condiciones estructurales de la población — como el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a servicios de salud, el entorno familiar y el contexto social y comunitario —, conocidas como los Determinantes Sociales de la Salud (DDS), juegan un papel importante en el abordaje de la salud mental y evidencian un enfoque integral.

Teniendo en cuenta cómo la salud se ve influenciada por las condiciones biopsicosociales en las que se desenvuelven las personas, en 2005 la OMS estableció la comisión sobre determinantes sociales de la salud (DSS), definiéndolos como factores no médicos que influyen en los resultados de la salud. Es el caso de aquellas condiciones en que las personas viven, nacen, crecen, envejecen, trabajan y se desenvuelven cotidianamente, incluido su sistema de salud. Así mismo, se ha afirmado que incluso los DSS pueden ser más importantes que la atención médica o el estilo de vida a la hora de influir en la salud, llegando a representar entre el 30% y el 55% de los resultados en ese ámbito.

Diversos estudios ya han descrito que determinantes como barreras económicas, geográficas, sociales y culturales están fuertemente relacionadas con un mayor el desarrollo de enfermedad mental y de crear brechas en la atención en salud. Jafree et al., (2023) identificaron que menos del 5% de las personas con trastornos mentales reciben el tratamiento necesario. En América latina, debido a la vulnerabilidad económica y social de la región, se amplifican las dificultades de acceso a servicios de salud mental (Cleverley et al., 2018) y se ha recomendado que, para la intervención en salud mental de las comunidades, es necesario analizar la relación existente entre condiciones de pobreza e inseguridad y su relación con la salud mental (Compton & Ku, 2023; Hook & Bogdanov, 2021; Lachance et al., 2014).

Este capítulo analiza los datos disponibles en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) para el período 2015-2022 sobre trastornos mentales en la población de niños y

adolescentes del país. La investigación revela una prevalencia del 19,2% de trastornos mentales en esta población, lo que supera las cifras registradas por organismos internacionales a nivel mundial y de las Américas. A partir del análisis del comportamiento epidemiológico de los trastornos mentales, se discute cómo los determinantes demográficos y socioeconómicos de los individuos facilitan la identificación de desigualdades en la atención de salud mental en estos grupos poblacionales.

Contexto epidemiológico de la salud mental en niños y adolescentes

A nivel mundial, se ha identificado un aumento en la prevalencia de los trastornos mentales en general. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019, indicó que de cada de uno de cada ocho individuos padecía un trastorno mental, con un promedio de 290 millones de personas en el mundo. La situación es aún más preocupante en el grupo de adolescentes, en el que "uno de cada siete adolescente entre 10 y 19 años (14%) padece algún trastorno mental" (OMS, 2024). Los casos más frecuentes son los relacionados con ansiedad y depresión, que afectan a 58 y 23 millones de niños y adolescentes, respectivamente. A estos le siguen otros trastornos significativos como el trastorno bipolar, el de estrés postraumático, la esquizofrenia, los trastornos de la conducta alimentaria, disruptivos y del neurodesarrollo.

Para el año 2020, se reportó un aumento de casos de depresión mayor en la población general del 27,6% (IC 95%: 25,1-30,3) y del 25,6% (IC 95%: 23,2–28,0) para los trastornos de ansiedad, con un aumento de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cada 100.000 habitantes: 137,1 AVAD por depresión y 116,1 AVAD por ansiedad. Además, en niños y adolescentes, se informó que uno de cada cuatro tiene diagnósticos asociados con depresión y uno de cada cinco con ansiedad (Pfefferbaum & North, 2020).

En 2023, esta misma organización, reportó que tanto la depresión como la ansiedad han sido consideradas dentro de las principales

causas de enfermedad y discapacidad. Asimismo, se hizo referencia al elevado número de defunciones por suicidio en adolescentes entre 15 a 19 años. Aunque se ha establecido que la mitad de los trastornos mentales en la edad adulta ya han comenzado antes de los 15 años, en su mayoría no han sido detectados ni tampoco tratados.

En la región de las Américas, según el informe de la Comisión de Alto nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud (2023), las cifras también son preocupantes. Los trastornos mentales, neurológicos, los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y la muerte por suicidio, afectan a más de un tercio del total del AVAD. En el caso de las mujeres, la depresión es la segunda causa de discapacidad; en los hombres, la tercera. Además, se evidenció un aumento del 17% en las tasas de suicidio entre los años 2000 y 2019 (Etienne, 2018).

Estos datos subrayan cómo los trastornos mentales impactan significativamente en la capacidad del adolescente para participar en actividades cotidianas, académicas y sociales, contribuyendo al aumento en la estigmatización y vulnerabilidad en este curso de vida. Además, se asocian con elevadas tasas de morbilidad, discapacidad, lesiones, mortalidad prematura y un riesgo incrementado de desarrollar otros problemas de tipo físico y mental, lo que resulta la urgente necesidad de atención y prevención en esta población.

En Colombia, el comportamiento de las problemáticas de salud mental es similar al contexto global, como lo demuestra el análisis presentado en 2021 por el Departamento de Estadística y Demografía (DANE) sobre la afectación en la salud mental como consecuencia de la pandemia. El informe indicó que el 40,1% de los encuestados experimentó sentimientos de "preocupación o nerviosismo" y el 18,4% mencionó "cansancio", siendo más alta la percepción en mujeres de hogar (42.7%), quienes también reportaron sentimientos de soledad, estrés, preocupación o depresión exacerbados por el confinamiento y del aumento de sobrecarga con las tareas domésticas y de cuidado.

En cuanto al suicidio, según estadísticas, entre el año 2019 y 2020 se registró una disminución de casos de muerte por lesiones auto infligidas; sin embargo, durante el primer semestre del 2021 se identificó un aumento con mayor proporción en hombres. Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social indicó un incremento del 34,6% en la atención de casos por salud mental de la población, siendo notorio el aumento en los diagnósticos de trastorno mixto de ansiedad y depresión en niños de seis años en adelante. Se estima que cerca del 10% de los adolescentes requieren atención por especialistas en salud mental.

Es de resaltar que la precisión de los datos sobre salud mental podría estar subestimada, dado que la pandemia y su rápida evolución restringieron la capacidad de llevar a cabo investigaciones de mayor alcance y calidad. A pesar de esto, los informes de la OMS en 2022 enfatizan un incremento significativo de estas problemáticas en la población general, siendo factores de riesgo el hecho de ser menor edad, ser del sexo femenino y tener afecciones de salud preexistentes. En cuanto, al riesgo de suicidio, los datos son heterogéneos y no indican claros cambios asociados a la pandemia.

Al analizar las variables relacionadas con el desarrollo de psicopatología en la infancia y adolescencia, se resaltan las relacionadas con la pobreza o el estrés generado por el ambiente familiar conflictivo y las vulnerabilidades referentes a tener una base genética (procesos neurobiológicos y dimensiones del temperamento) o factores biológicos determinados por alteraciones tempranas o daño en el sistema nervioso central (Lemos, 2003). Asimismo, se ha indicado que el estrés se exacerba como consecuencia de los diferentes cambios que se tienen que enfrentar no solamente desde el punto de vista biológico, sino contextual. Estas vulnerabilidades, según la OMS (2021), se relacionan con factores como discriminación, exclusión social, dificultades educativas, estigmatización, comportamientos de riesgo, mala salud física y violación de los derechos humanos; conformando un contexto complejo de causas y efectos que inciden directamente en la salud y bienestar de los niños y adolescentes.

Desde el punto de vista epidemiológico, es indispensable investigar continuamente el comportamiento de los trastornos mentales y de los factores de riesgo, como insumo para la generación de políticas de salud en este grupo de vulnerabilidad a partir de la identificación de las necesidades en salud mental. Este es un proceso complejo que requiere grandes esfuerzos en la recopilación de información desde las diferentes disciplinas o áreas de estudio (Erskine et al., 2015).

Además, el conocimiento de la prevalencia de las problemáticas asociadas con salud mental es el primer paso para determinar la carga que estos presentan y la relación con factores de riesgo, protección y el contexto cultural (Bautista & Cuello, 2017). Estos hallazgos, son indispensables para plantear y desarrollar estrategias de promoción, prevención e intervención, adaptadas a las necesidades particulares, aumentando la efectividad de las acciones implementadas o del trabajo con eficacia (Barrera et al., 2012).

Los estudios en salud mental para intervenciones locales se han basado en datos secundarios del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) y reportados en los documentos de Análisis Situacionales de Salud (ASIS) a nivel nacional, regional y local. Estos incluyen el análisis de los determinantes sociales y del comportamiento y el monitoreo de indicadores de morbilidad y mortalidad de los eventos que afectan la salud mental.

Además, se cuenta con información de datos de fuentes primarias a través de encuestas poblacionales realizadas en los años 1993, 1997, 2003 y 2015, así como los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2008 y 2013) y las encuestas de consumo de sustancias psicoactivas, reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2019.

Para este estudio, se tomó la información registrada en la base de datos del SISPRO y se procedió a analizar la prevalencia de problemas de salud mental en niños y adolescentes colombianos

durante el periodo comprendido entre los años 2015 a 2022. El objetivo fue analizar su prevalencia y cronicidad en función de los datos suministrados de la atención en salud y los determinantes sociodemográficos y afiliación de salud.

Datos epidemiológicos en Colombia: análisis del SISPRO

Para este estudio retrospectivo, se analizaron los datos de las atenciones realizadas a niños y adolescentes colombianos con un rango de edad entre 6 y menores de 18 años, disponibles en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del SISPRO del Ministerio de Salud de Colombia.

Se empleó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10), enfocándose en los apartados específicos para las categorías de trastornos mentales y del comportamiento, durante el periodo comprendido entre 1 enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2022.

El universo de análisis, obtenido a través de acceso remoto de la base de datos referenciada, incluyó un total general de 2 981 957 menores de edad que fueron atendidos y reportados por eventos de salud mental en el sistema de salud.

Para el análisis de datos, se usaron tablas dinámicas generadas a partir de los datos del cubo RIPS, recuperando datos sobre el uso de los servicios de salud y la morbilidad de la población objeto como atención en consulta externa, hospitalizaciones y urgencias, número de personas atendidas, número de atenciones, fecha de atención, administradora, institución prestadora de servicios, lugar de residencia del usuario (departamento, municipio) y tipo de usuario.

La información sobre el número de atenciones en la población de 6 a 17 años se obtuvo de acuerdo con la lista de códigos CIE, correspondientes a: trastornos mentales y del comportamiento (F00 a F99); lesión autoinfligida intencionalmente (X60 a X84);

personas con riesgos potenciales para su salud relacionados con circunstancias económicas y psicosociales (Z55 a Z65); y personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias (Z70 a Z73).

La prevalencia se calculó con base en el número total de atenciones registradas en la población de estudio y la población estimada para el punto medio del periodo (año 2018), según datos en el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se estimó las medidas de frecuencias de las atenciones en la prestación de servicios según sexo, edad, tipo de afiliación y territorio.

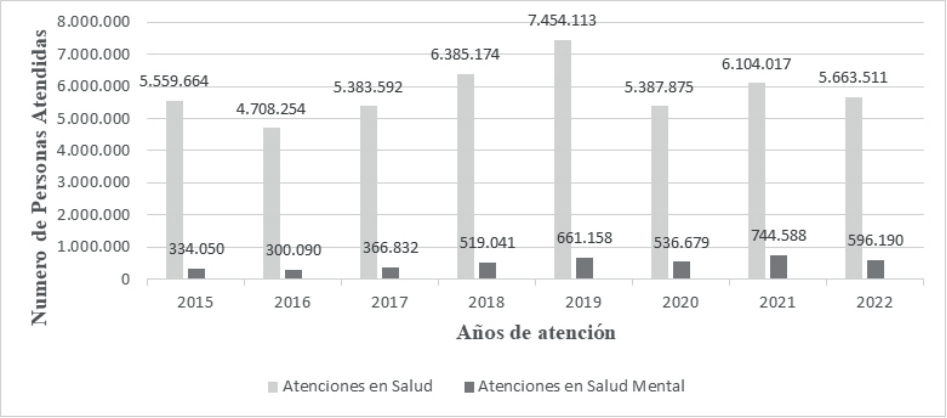
El uso de la información obtenida fue tratado teniendo en cuenta las consideraciones éticas referidas en la Ley 1090 de 2006, que reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología; la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en lo relativo a la protección de datos personales; así como la Resolución 8430 de 1993, que define los lineamientos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en salud. La investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y se registró bajo el código SGI 2928.

Prevalencia, distribución sociodemográfica y atención en salud de eventos de salud mental

Para establecer la prevalencia de atenciones en salud mental en menores de edad colombianos, se usó el número total de atenciones registradas en el RIPS, que fue de 2981957, en comparación con el número total de menores reportados por el DANE para el año 2018, estimado en 15 454 633. De esta manera, se calculó una prevalencia del 19,2% de atenciones a menores de edad por eventos de salud mental durante el periodo de análisis establecido, en relación con la población menor de edad en Colombia.

La Figura 1 muestra el comportamiento por años del uso de servicios de salud y su comparativo con la atención por salud mental en menores entre los 6 y 17 años.

Figura 1. *Número de atenciones a menores entre 6 y 17 años por eventos de salud y eventos de salud mental en el periodo de 2015 a 2022*



Nota. Análisis comparativo entre las atenciones por eventos de salud y las atenciones por salud mental durante 2015 a 2022. Corredor J, et al., (2023).

Según las variables sociodemográficas —sexo, edad, tipo de afiliación y territorio —, la Tabla 1 presenta la distribución correspondiente, lo que permite evidenciar los hallazgos de manera independiente. En cuanto, al territorio, se destacaron los departamentos que presentaron el mayor porcentaje de menores atendidos por servicios de salud mental, encontrándose en su orden Bogotá, seguido por Antioquia y Atlántico, con porcentajes similares de acuerdo con sexo y la edad.

Tabla 1. *Porcentaje de menores atendidos en salud mental, según variables sociodemográficas.*

Variables		Total General	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	1.467.436	49.2
	Femenino	1.487.302	49.8
	No definido/ no reportado	27.219	0.9
Edad	6 a 9	1.117.774	37.4
	10 a 14	1.102.083	36.9
	15 a 17	1.107.092	37.1
Tipo de afiliación	Contributivo	1.674.954	56.1
	Subsidiado	1.228.954	41.2
	Vinculado	30.579	1.02
	No definido	7.792	0.2
	Otro	113.729	3,8
Territorio	Bogotá, D.C.	510.329	17.1
	Antioquia	421.272	14.1
	Valle del Cauca	261.822	8.7
	Atlántico	232.891	7.8
	Bolívar	183.090	6.1
	Cundinamarca	151.808	5.09
	Santander	125.668	4.2
	Córdoba	109.014	3.6
	Nariño	84.805	2.8
	No definido	144.021	4.8
Total General Menores Atendidos por salud mental		**2.981.957**	

Nota. El Total General corresponde al número de personas atendidas entre 2015 y 2022; el Porcentaje, a la proporción de menores atendidos en salud mental, en relación con el total general de menores atendidos por este mismo servicio. Corredor J, et al., (2023).

En la Tabla 2 se hace referencia al número de menores que accedieron a estos servicios, teniendo en cuenta las categorías diagnósticas CIE-10 y desagregados por según sexo. Esto permitió obtener el porcentaje por diagnóstico en relación con el total general de menores atendidos por salud mental.

Tabla 2. *Porcentaje de diagnósticos CIE-10 de salud mental en menores de edad, según sexo*

Diagnostico CIE-10	Sexo			Total	Porcentaje (%)
	Masculino	Femenino	Sin dato		
(Z70-Z76) Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	573.653	754.543	11.550	1.339.746	44.9
(F90-F98) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	455.011	302.557	7.089	764.657	25,6
(F80-F89) Trastornos del desarrollo psicológico	339.568	185.206	6.619	531.393	17.8
(F40-F48) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	155.218	235.339	2.385	392.942	13.1
(Z55-Z65) Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	161.103	161.202	3.128	325.433	10.9
(F30-F39) Trastornos del humor	92.528	154.353	1.191	248.072	8.3
(F70-F79) Retraso mental	75.204	49.140	1.078	125.422	4.2
(F10-F19) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	71.321	30.068	286	101.675	3.4
(F50-F59) Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	32.924	36.031	457	69.412	2.3
(F00-F09) Trastornos mentales-orgánicos	31.869	25.016	386	57.271	1.9
Total General	**1.467.436**	**1.487.302**	**27.219**	**2.981.957**	

Nota. Análisis realizado a partir de los diez grupos de trastornos que presentaron mayor porcentaje. Porcentaje, cociente obtenido del número total de diagnósticos por capítulo, dividido entre el total general de los diagnósticos. Corredor J, et al., (2023).

Finalmente, en cuanto al análisis de la distribución por sexo y el total general de menores atendidos por salud mental, se observó que la categoría diagnóstica relacionada con personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias predominó entre las mujeres. En el caso de los hombres, se registró un mayor número de diagnósticos en las categorías de trastornos emocionales y del comportamiento —comunes en la niñez y en la adolescencia —, así como trastornos del desarrollo psicológico y casos de personas con riesgos potenciales para su salud relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales.

Atención de eventos de salud mental en menores colombianos y los Determinantes Sociales de la Salud

Teniendo en cuenta los datos reportados en la plataforma SISPRO para el caso de Colombia, en el periodo comprendido entre 2015 y 2022, se identificó una prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en menores de edad del 19,2%. Estos hallazgos superan los datos publicados en 2021 por la UNICEF, los cuales indican que el 13% de los menores de edad a nivel mundial y el 15% para América Latina y el Caribe, presentan un diagnóstico de trastorno mental. Este aspecto plantea la necesidad de analizar las razones por las cuales la prevalencia obtenida en este estudio es más alta que las reportadas a nivel global y regional. Por ello se considera importante tener en cuenta aspectos como el número de registros sobre los cuales se realiza el análisis, demoras o dificultades para acceder al servicio de salud y la forma como se asignan los diagnósticos, teniendo en cuenta posibles dificultades asociadas al tiempo de la atención o, incluso, al nivel de experticia y formación del profesional a cargo, además de reconocer los impactos generados como consecuencia de la pandemia.

Asimismo, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018), se encontró que, entre las edades de 6 a 9 años, el 37,4% de los menores presentaron mayor uso de servicios en eventos de salud mental, coincidiendo con estudios anteriores que señalan que los

menores de 5 a 9 años tuvieron mayor reporte de asistencia durante el intervalo de tiempo 2009 a 2017. Es sabido que en este rango de edad ocurren cambios significativos en los menores, debido a que en la segunda infancia (6 a 11 años), se desarrollan aspectos relacionados con la apertura social y la adquisición acelerada de habilidades y destrezas para la interacción con el mundo externo (Mansilla, 2000). Según los planteamientos de Aláez Fernández et al., (2000), en este rango de edad es común encontrar una mayor presencia de trastornos relacionados con el desarrollo (22%), problemas de conducta (15%), ansiedad (13%) y sueño (8%).

En cuanto al uso de los servicios relacionados con salud mental, se identificó un incremento a través de los años. En 2015, del total de menores atendidos por los servicios de salud, el 6% acudió por eventos en salud mental; mientras que en 2022 esta cifra ascendió al 10 %. Estos hallazgos coinciden con los reportados por el Ministerio de Salud (2018), en su boletín No. 4 de Salud Mental, en el cual se indica que el número de personas entre 0 a 19 años que consultan por trastornos mentales y del comportamiento es cada día mayor. Se reporta que, para el periodo entre 2009 y 2017, la atención ascendió a 2 128 573 niños, niñas y adolescentes, con un promedio de 236 508 de personas atendidas por año; mientras que, en el periodo de estudio 2015 a 2022, estas cifras corresponden a 2 981 957 personas atendidas de 6 a 18 años, con un promedio de 37 744 niños, niñas y adolescentes atendidos por año por estos mismos trastornos.

Este aumento en el uso de servicios va en paralelo con el aumento de la afiliación a salud. Para el 2009, el 90,4% de los colombianos contaban con afiliación a algún régimen (contributivo, subsidiado, especiales y excepción); mientras que, para 2022, este porcentaje aumentó al 99,1%. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). En el caso de los menores, el 97,3 % cuentan con afiliación al régimen contributivo (56,1 %) y subsidiado (41,2%), el 3,8% se registró como "otro" y el 0,2% de los menores como ''no definido''. Estos datos reflejan las políticas de aseguramiento en salud y eliminación de barreras relacionadas con el acceso a los servicios fortalecidos por la expedición de la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015.

Se ha encontrado que aquellos vinculados al régimen subsidiado necesitan mayor atención en servicios de salud mental, debido a la relación entre los factores como el bajo nivel socioeconómico con los eventos vitales negativos, que tienden a incrementar la presencia de trastornos mentales (Rodríguez, 2010). Por tanto, se requieren estudios específicos para caracterizar y asociar los DDS de la salud mental en esta población vulnerable.

Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de adoptar un paradigma biopsicosocial para enfrentar los desafíos de salud mental de los menores de edad. Al respecto, Saraceno (2018) plantea que, en la cultura occidental, se han consolidado estilos de vida que incrementan la probabilidad de enfermar psíquica y físicamente. Variables como la pobreza, la deprivación, los hábitos de consumo, el estrés y los modos de vida poco saludables contribuyen al aumento de enfermedades de causalidad social y de carácter crónico, las cuales son complejas y requieren ser abordadas holísticamente, en lugar de manejarlas primordialmente desde el modelo biomédico. Por tanto, además de la categorización diagnóstica, resulta importante el reconocimiento de los DSS y su impacto de cara al abordaje de dichas problemáticas.

En cuanto a la atención en función del sexo, se encontró que fue predominantemente dirigida a niñas y adolescentes mujeres. Aunque los datos reflejen esta tendencia, cabe resaltar que las cifras obtenidas de la plataforma SISPRO no representan una diferencia sustancial, lo que sugiere una similitud en la atención entre estos.

Asimismo, se encontró que los diagnósticos más frecuentes fueron: personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias; trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos; trastornos del humor y síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos.

En concordancia con los hallazgos de Muñoz et al., (2016) el diagnóstico de depresión infantil mostró una mayor prevalencia

para el caso de las mujeres, identificándose 7494 casos de mujeres y 4586 casos de hombres.

Al analizar las atenciones relacionadas con lesiones autoinfligidas intencionalmente, si bien no se encuentra en un porcentaje alto, es un evento más diagnosticado en las mujeres. Estos datos concuerdan con otros estudios relacionados tanto con intento suicida como ideación suicida (Instituto Nacional de Salud, 2020; Siabato et al., 2017; Vigoya et al., 2019).

En cuanto a los niños y adolescentes hombres, se identificaron cifras más altas en la categoría de trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia. Entre estos, se destacan la perturbación de la actividad y de la atención, otros trastornos de la conducta y trastorno de la conducta no especificado.

Estos hallazgos coinciden con estudios previos en los que se reportan trastornos de conducta, ansiedad y depresión en esta población masculina (Fondo de las Naciones Unidas, 2021), lo que confirma, que, frente a los trastornos de conducta, se ha mantenido la prevalencia, aunque se observan diferencias en relación con los trastornos de ansiedad y depresión.

Estos resultados sugieren una posible persistencia en las diferencias de género en cuanto a la salud mental, reforzando la necesidad de una atención integral diferenciada, centrada en la persona, en el grupo poblacional y curso de vida, como lo señala la Política de Atención Integral En Salud y políticas públicas de infancia y adolescencia.

Sin embargo, y tal como lo plantean Gaviria y Alarcón (2010), no basta solamente con reconocer diferencias clínicas con base en el género, sino que es importante correlacionarlo con otros elementos del ambiente cultural en el se desenvuelve el individuo. Esto es aún más relevante si se consideran aspectos como la globalización, la migración y la diversidad regional, ya que, sin duda, dicho análisis tendrá repercusiones importantes.

Respecto a los diagnósticos registrados según el territorio, se encontró que Bogotá presenta el mayor porcentaje con un 17,%, seguido por Antioquia con 14,1% y Valle del Cauca con 8,7%. Estos datos guardan similitud con los hallazgos de Muñoz et al., (2015), respecto a ciudades como Bogotá (27%), Medellín (10,9%) y Barranquilla (9,9%).

Estos hallazgos, deben ser cuidadosamente analizados, debido a que los datos de prevalencia basados en registros de servicios de salud presentan un sesgo inherente. Tienden a reflejar más las diferencias, que las que realmente se presentan, considerando que en las áreas en las que se identifican mejores condiciones socioeconómicas, hay mayor probabilidad de acceso al servicio y, por ende, mayor atención y diagnóstico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Al considerar los diagnósticos según la clasificación CIE-10, la categoría "Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias" (Z70-Z76), fue la que presentó mayor porcentaje de atenciones, con un 44.9 %. Esto se debe a que no todas las interacciones con los servicios de salud mental resultan en diagnósticos relacionados, sino que también se orientan a otros problemas de interés clínico desde sus diferentes facetas de evolución.

Estos aspectos se relacionan con los estudios de Iglesias y Romero (2009) y Garibay-Ramirez et al., (2014), quienes identificaron una relación entre la baja aceptación e implicación parental y la depresión adolescente, así como entre el estilo autoritario y las alteraciones de tipo externalizante. Por su parte, se ha encontrado una correlación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión infantil (Aláez Fernández et al.,2000). Estos aspectos resaltan la importancia de abordar la salud mental de manera integral, priorizando la promoción de la salud y bienestar y la prevención de la enfermedad.

En cuanto al porcentaje observado para el caso de "personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias", puede

deberse a la transformación personal que ocurre en esta etapa de la vida, lo cual genera diversas manifestaciones relacionadas con la identidad, el cuerpo y las funciones vitales (sueño, alimentación, sexualidad), así como los procesos de mentalización que influyen en el estado de humor (Ortiz Frágola, 2009).

De igual manera, se ha demostrado que, para los menores, las problemáticas están más centradas en el contexto familiar y escolar (Obando et al., 2017), lo cual confirma que el desarrollo de una psicopatología en los primeros años de la vida se encuentra supeditada a factores de riesgo como la pobreza o el estrés generado en un ambiente familiar conflictivo (Etienne, 2018).

Frente a los trastornos específicos del grupo analizado, se encontró que las categorías diagnosticas relacionadas con trastornos emocionales y del comportamiento, ocupan el segundo lugar, con un porcentaje del 25,6%. Dentro de este grupo, los trastornos más frecuentes fueron: la perturbación de la actividad y de la atención (8,4%), otros trastornos emocionales y del comportamiento comunes en esta etapa (3,8 %) y los trastornos de la conducta no especificado (2.7%). Este hallazgo coincide con lo reportado por Jörns-Presentati et al., (2021), quien hizo referencia a una prevalencia del 41% para este mismo grupo de trastornos.

Otros estudios han encontrado que los diagnósticos más frecuentes entre los 7 y 11 años son: depresión mayor, ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015). Es relevante dar atención a las manifestaciones que dejen entrever alteraciones a nivel emocional y comportamental en los menores de edad, puesto que muchas de estas van a persistir durante la vida o constituir la base para trastornos mucho más complejos (Ramírez, 2012).

Respecto a las categorías de trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89), estas ocuparon el tercer lugar, con el 17,8% de las

alteraciones, hallazgo similar en otros estudios, donde los trastornos del desarrollo psicológico se observan como unos de los motivos de consulta clínica, especialmente antes de los 10 años de edad. De igual manera, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021), se ha observado que estos trastornos fueron más prevalentes en el género masculino, datos que se relaciona con los hallazgos de este estudio en el que se encontró que el 63,9%, fueron diagnosticados con estos trastornos.

Si bien los resultados ponen de manifiesto la importancia de abordar la salud mental —preferiblemente desde su promoción, el mantenimiento de la salud e incluso la rehabilitación de la enfermedad —, dentro de las limitaciones del estudio, se resalta el restringido acceso a información que contienen los RIPS en cuanto a otros determinantes como condiciones de vivienda, contexto familiar y situación laboral. Si bien, se obtuvieron hallazgos de gran valor, se trabajó la información disponible desde una perspectiva global, identificándose cambios permanentes en los registros que, sin duda afectan el análisis, así como la importancia de reconocer que se trata de ser una fuente secundaria que depende del registro de diversos profesionales de la salud que atienden a la población.

Del mismo modo, las bases de datos del SISPRO no permiten la integración para reflejar la totalidad de los determinantes sociales y factores protectores, ni tampoco el seguimiento y monitoreo de los individuos.

Conclusiones

La prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en menores de edad en Colombia durante el período de 2015 a 2022 fue del 19,2%, según los datos disponibles en el SISPRO, lo que indica una carga significativa de enfermedades mentales en esta población.

Se observa un incremento en el uso de servicios de salud mental por parte de los niños, niñas y adolescentes en Colombia a lo largo del periodo de 2015 a 2022, con un 10% de los menores atendidos en 2022 en comparación con el 6% en 2015. Este aumento puede atribuirse a políticas de salud en cuanto a aseguramiento, acceso a los servicios y disposición del sistema de información en salud.

Las niñas y adolescentes mujeres reciben una atención predominante en salud mental por trastornos emocionales, mientras que los niños y adolescentes hombres presentan más trastornos relacionados con el comportamiento. Estas diferencias de género y de curso de vida sugieren la necesidad de una atención integral diferenciada y contextualizada para la comprensión de los factores protectores y de riesgo en la atención de la salud mental. La variabilidad de los datos por territorio, —siendo mayor en las grandes ciudades donde se reportan datos de atención en salud mental —requiere también focalizar esfuerzos locales para intervenir desde la detección al monitoreo de estos eventos.

Los diagnósticos asociados a otros problemas de interés clínico requieren ser analizados desde la perspectiva de los DSS, teniendo en cuenta su importancia en la salud mental de los adolescentes y su impacto al momento de formular políticas públicas y propuestas de abordaje centradas en las realidades sociales del contexto.

Si bien el SISPRO, representa el sistema de información del sistema de salud colombiano, sigue presentando limitaciones en cuanto a la precisión, confiabilidad y cobertura para el análisis detallado de los Determinantes Sociales de Salud. Esto permite comprender

mejor las causas subyacentes de los trastornos mentales y mejorar la calidad de los registros de información en el sistema de salud.

En el periodo postpandemia, se resalta la importancia de abordar la salud mental en la población infantil y adolescente de manera integral, promoviendo las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales definidas en las rutas de atención integral de mantenimiento y promoción de la salud de la primera infancia, infancia y adolescencia. También es urgente la necesidad de mejorar la calidad de los datos disponibles para una mejor planificación y gestión de los servicios de salud mental, incluyendo los procesos de referencia y contrarreferencia hacia servicios especializados y básicos de cuidado de la salud mental.

Para futuras investigaciones, se recomienda realizar estudios de corte explicativo, que tengan como objetivo determinar el impacto de los DDS de la salud mental y los factores protectores y de riesgo en los trastornos en salud mental de los menores de edad.

Asimismo, es importante identificar los tiempos, la calidad y la forma de registrar los datos en el SISPRO, buscando obtener de manera más precisa y confiable la información disponible en el sistema de salud. Además, se recomienda el uso de herramientas de análisis avanzado como la inteligencia artificial o big data, para el desarrollo de tableros de control con indicadores de la afectación positiva de los determinantes sociales en salud mental.

Referencias

Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R., & RodríguezSutil, C. (2000, noviembre). *Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género*. Psicothema, 12(4), 525–532. https://www.psicothema.com/pdf/367.pdf

Barrera, L; Bautista, E; Trujillo, A (2012). *Prevalencia de problemas psicológicos detectados en nn centro de educación y desarrollo humano*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 17(1),13–27.

Bautista, N., & Cuello, C. (2017). *Guía metodológica Observatorio Nacional de Salud Mental, ONSM Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-metodologica-observatorio-nacional-salud-mental.pdf

Cleverley, K., Rowland, E., Bennett, K. *et al.* (2020). *Identifying core components and indicators of successful transitions from child to adult mental health services: a scoping review*. European Child & Adolesc Psychiatry 29, 107–121. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1213-1

Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana*. (in Spanish). Organización Panamericana de la Salud.

Compton, M. T., & Ku, B. S. (2023). *Prevalence of Food Insecurity and Living in a Food Desert among Individuals with Serious Mental Illnesses in Public Mental Health Clinics. Community* Mental Health J, 59(2), 357-362. Scopus. DOI: 10.1007/s10597-022-01013-w

DANE (2021). Nota de estadística de salud mental en Colombia. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf.

Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A. & Scott, J. G. (2015). *A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth.* Psychological Medicine, 45(7), 1551–1563. https://doi.org/10.1017/S0033291714002888

Etienne, C. (2018). *Mental health as a component of universal health*. Pan American Journal of Public Health. 2018;42:e140. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140

Garibay-Ramirez J, Jiménez-Garcés C, Vieyra-Reyes P, Hernández-González MM, Villalón-López J. (2014). *Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad*. Revista de Medicina e Investigación, 2(2), 107–111. https://doi.org/10.1016/S22143106(15)300066

Gaviria, S. & Alarcón, R. (2010). *Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(2), 389-404. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000200012&lng=en&tlng=es.

Hook, K., & Bogdanov, S. (2021). *Mental health care in Eastern Europe and Central Asia: An analysis of needs and a call for greater investment*. The Lancet Regional Health - Europe, 10, 100182. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100182

Iglesias B& Romero, E. (2009). *Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia.* Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14(2), 63–77. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4067

Jafree, S. R., Nadir, S. M. H., Mahmood, Q. K., & Burhan, S. K. (2023). *The migrant Hazara Shias of Pakistan and their social determinants for PTSD, mental disorders and life satisfaction*. Journal of Migration and Health, 7. Scopus. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100166

JörnsPresentati, A., Napp, A.K., Dessauvagie, A. S., Stein, D. J., Jonker, D., Breet, E., … Groen, G. (2021). *The prevalence of mental health problems in subSaharan adolescents: A systematic review*. PLOS ONE, 16(5), e0251689. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251689

Lachance, L., Martin, M. S., Kaduri, P., Godoy-Paiz, P., Ginieniewicz, J., Tarasuk, V., & McKenzie, K. (2014). *Food insecurity, diet quality, and mental health in culturally diverse adolescents*. Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care, 7(1), 14-22. Scopus. https://doi.org/10.1108/EIHSC-02-2013-0002

Lemos S. (2003).*La psicopatología de la infancia y la adolescencia*. Papeles del Psicólogo, 85(0214–7823):19–28. http://www.redalyc.org/pdf/778/77808503.pdf

Mansilla, M. (2000). *Etapas del desarrollo humano*. Revista de Investigación en Psicología, 3(2), 106–116. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Boletín de Salud Mental No. 4: Salud mental en niños, niñas y adolescentes* (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, Ed.). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). *Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS , desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB* Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – OTIC., 1–54. https://www.minsalud.gov.co/

sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/Lineamientos-Tecnicos-para-IPS.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). *Certificación de Cobertura.* https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social (2024). *Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Grupo de Gestión Integral para la Salud Mental*.

Muñoz, I. M., Bernal J. J., Guarín, N. E., Arévalo, H.O.(2016). *Caracterización de la demanda de servicios de salud mental en una aseguradora en salud en Colombia, 2012*. Revista de Psicología – Universidad de Antioquia, 7(2), 63–80. https://doi.org/10.17533/udea.rp.325205

Obando, D; Romero, J.; Trujillo, M. P. (2017) .*Estudio epidemiológico de salud mental en población clínica de un centro de atención psicológica*. Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana., 85–96. http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v11n1/1900-2386-psych-11-01-00085.pdf

Organización Mundial de la Salud (2023). *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions

Organización Mundial de la Salud (2024). *Salud mental del adolescente*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health?gad_ source=1&gclid=Cj0KCQjw-8J6wBhDXARIsAPo7QA8HlNPfk6vBaZdSdO8BDmM9BMmYO-PIiEScUSt8J51cix7bdnsOzLB0aAsj8EALw_wcB

Ortiz Frágola, A. O. (2009) *Vulnerabilidad adolescente y psicopatología de las adicciones. De las transferencias narcisistas a los circuitos cerebrales de refuerzo*, Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 31(2/3), 337–359. https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/06/

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). *Mental health and the Covid-19 pandemic.* The New England Journal of Medicine, 383(6), 510–512. https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017

Ramírez, G.J.(2012). *Crianza, cognición y psicopatología en la infancia.* Poiésis, *8*(16), 1–8. https://doi.org/10.21501/16920945.258

Rodríguez, S. (2010). *Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños*. Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines, 27(2), 261–276. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18018446005

Saraceno, B. (2018). *Discurso Global, Sufrimientos Locales; Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Herder Editorial. https://www.perlego.com/book/1681418/discurso-global-sufrimientos-locales-anlisis-crtico-del-movimiento-por-la-salud-mental-global-pdf.

Siabato E, Forero I, Salamanca Y. (2017). *Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos* . Pensamiento Psicológico, 15(1),51–61. https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS

Vigoya, A. Osorio, Y, Salamanca, Y. (2019). *Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana* (2012-2017). Duazary, 16(1), 53–66. https://doi.org/10.21676/2389783X.2545

World Health Organization (2020). *Social determinants of health* [Internet]. World Health Organization. WHO.

5. Retos y desafíos para una educación inclusiva con población vulnerable

Dewin Enrique Benavides Acuña[1]
Universidad da Cartagena
Grupo de investigación Territorio Vulnerables,
Desarrollo humano Sostenible
dbenavidesa@unicartagena.edu.co

Rina De León Herrera[2]
Universidad da Cartagena
Grupo de investigación Territorio Vulnerables,
Desarrollo humano Sostenible
rdeleonh@unicartagena.edu.co

El Estado colombiano enfrenta grandes desafíos para ofrecer una educación digna y de calidad a todos los niños, niñas y jóvenes de la zona rural. En la ruralidad, la educación, como determinante social, es el motor que más impulso aporta para redudir la desigualdad e inequidad y cerrar las brechas educativas y sociales existentes frente al contexto urbano. Sin embargo, esta tarea es compleja por múltiples problemáticas que confluyen en el territorio, tales como la pobreza monetaria, el arraigo cultural, la violencia, abandono estatal y poca cobertura educativa, principalmente en la ruralidad dispersa. Por estas razones, la implementación de políticas educativas públicas de gran impacto es un reto que enfrentan las autoridades educativas

1 Estudiante del doctorado en Ciencias de la Educación Rudecolombia, Universidad de Cartagena, Docente tutor del Programa Todos a Aprender en la Secretaría de Educación de Sucre, Institución Costa Rica del municipio de Buenavista Sucre. ORCID: https://orcid.org/000-0002-9310-3732

2 Doctora por la Universidad de Castilla -La Mancha (España), docente titular Universidad de Cartagena, doctorado en Ciencias de la Educación Rudecolombia Universidad de Cartagena, líder del grupo de investigación Territorio Vulnerables, Desarrollo Humano Sostenible de la Universidad de Cartagena. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3061-7258

a nivel nacional, particularmente en relación con la población rural vulnerable del país.

El contexto de la investigación es la Institución Educativa Costa Rica, zona rural del municipio de Buenavista en el departamento de Sucre. La IE ofrece los niveles de preescolar y básica; y cuenta con seis sedes educativas asociadas con aulas multigrados. La población estudiantil proviene de familias campesinas dedicadas a las actividades agropecuarias y al trabajo informal; de ellos, un porcentaje significativo se encuentra en condición de pobreza, algunos, con procesos educativos intermitentes por consecuencia de la trashumancia ganadera. Otra característica es la dispersión estudiantil en el territorio y vías de acceso en pésimas condiciones, los que dificulta la movilidad hacia la escuela y la cabecera municipal.

La presente investigación parte del interés de reflexionar sobre la práctica pedagógica del docente rural que atiende a población estudiantil vulnerable que está sumergida en determinantes sociales, económicas y ambientales desfavorable. Esto implica una inmersión en la realidad social de los estudiantes y sus familias, con el fin de conocer los factores externos que inciden en los procesos educativos. Asimismo, se realiza una revisión minuciosa de los programas y proyectos que soportan la práctica pedagógica de los docentes de la Institución Educativa Costa Rica. En este sentido, es una investigación cualitativa, enmarcada en el paradigma interpretativo, que buscar acercarse al contexto social y económico de los estudiantes para entender, describir y si es posible, explicar fenómenos sociales que emerjan de la investigación

Las técnicas para la recolección de información fueron:

- Revisión documental: se hizo a los planes de estudios y proyectos pedagógicos de los profesores de básica primaria y secundaria. Se tomaron como categorías de análisis las metas u objetivos, aspectos contextuales, enfoque pedagógico, metodológico y recursos del plan de estudio institucional y los proyectos pedagógicos que se están implementando.

- Encuesta: fue aplicada a los padres de familia cabezas de hogar, con el objetivo de obtener información sobre los ingresos y distribución de gastos de las familias. La muestra fue de 22 familias con estudiantes matriculados en la Institución Educativa Costa Rica.
- Observación: Se enfocó en la dinámica familiar y en la infraestructura comunitaria (vías de acceso) y educativas.

El presente capítulo se ha estructurado en cuatro partes: el componente teórico, el contexto de la investigación, resultados y conclusiones.

El docente rural y el territorio

La labor docente es trascendental en la construcción de una sociedad justa y equitativa, sin importar la zona donde se ejerza. Si bien es cierto que existen contextos en que el ejercicio docente fluye en beneficio de los estudiantes —gracias al acompañamiento responsable de padres de familias, infraestructura adecuada, recursos pertinentes y suficientes, por mencionar algunos—, también existen otros escenarios en los que esta labor es compleja por problemáticas estructurales que allí confluyen. Tal es el caso de las zonas marginales o rurales afectadas por la violencia.

El docente, por ser agente activo en la educación, sus procesos se convierten en parte esencial de un determinante social con impacto significativo en la salud de los habitantes de la comunidad. Es decir, cuanto mayor sea la probabilidad de que niños, niñas y jóvenes estén sanos, mayores son las posibilidades de que aprendan de manera efectiva (García et al., 2024).

La ruralidad posee unos determinantes que marcan la diferencia con otros contextos, desde la dinámica social, cultural, económica y ambiental, que influyen directamente en la labor docente. Generalmente, estos componentes no están en sintonía con un desarrollo integral de sus habitantes, generando problemáticas y atraso en los territorios. Ante estas situaciones, la educación

se convierte en la esperanza para superar crisis arraigadas por décadas. El perfil del docente rural y su ejercicio pedagógico deben estar articulado con un liderazgo que le permita vincular los diferentes actores, programas y proyectos de aula, de tal manera que contribuya al desarrollo local y regional, de ser posible. En ese sentido, el apoyo continuo e interesado de padres de familias, miembros del sector productivos ylíderes sociales, otorga confianza e impulso al desarrollo comunitario.

Lo anterior exige un docente conocedor del contexto, de las dinámicas de la comunidad, consciente de las aspiraciones y proyecciones de los pobladores, así como de los problemas que afectan a las familias de los estudiantes, los cuales, en algunos casos, se constituyen en obstáculos para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales. Asimismo, en el aula cobra importancia conocer los intereses y talentos de los estudiantes, es decir, articular la diversidad en la construcción de proyectos pedagógicos y productivos a partir de las capacidades que proveen la teoría de las inteligencias múltiples planteada por Gardner (1994), así como de las habilidades y talentos con los que cuentan los estudiantes.

En tal sentido, Thomas y Hernández (2004) proponen que, para los procesos educativos, se asignen tareas programáticas con un método de aprender a aprender, rastreando y analizando la información adecuada y actualizada que evidencie la realidad local, regional y nacional. En otras palabras, la escuela se convierte en un espacio de motivación para todas las ideas, iniciativas y acciones de la población rural y de actores externos; el docente es gestor y garante de esa motivación.

Por otro lado, el docente en las zonas rurales, en especial en las zonas dispersas, se enfrenta a condiciones adversas y limitantes que dificultan el quehacer pedagógico. Estas condiciones, pocas atractivas, lo llevan a solicitar traslado para los centros poblados más cercanos, lo que se convierte en una problemática constante para consolidar en el territorio un cuerpo docente (Bustos, 2008).

A esto se le suma reformas educativas que han desconocido la realidad de las escuelas rurales, en contravía de una verdadera renovación y reorientación del sistema educativo rural. Estas reformas en muchos territorios están supeditadas a la entrega de objetivos trasversales, contenidos mínimos, metodologías, prácticas pedagógicas, materiales didácticos, y sugerencias de estrategias pedagógicas, sin considerar las particularidades del contexto rural. Generalmente, los sectores urbano y rural comparten la misma legislación educativa.

Al igual que la legislación educativa, la formación docente está generalizada. Según Bautista (2019), los programas y políticas de formación del docente rural no está diferenciados; incluso las mismas Secretarías de Educación consideran que los procesos de formación deben ser iguales a la de los docentes de la zona urbana, con el argumento errado de que "la educación debe ser igual para todos".

En Colombia, según el último informe de Educación Formal, realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la matrícula para el año lectivo 2022 ascendió a 9,7 millones de estudiantes en el país, mientras que el número de docentes fue de 45 429, es decir, un promedio de 21,5 estudiantes por profesor (DANE, 2023). El informe detalla la información por actividad principal, sector (oficial/no oficial), zona, nivel educativo, sexo, entre otros. Según su actividad principal, el 88,9 % son docentes con actividades pedagógicas de aula, el 8,1 % son directivos docentes (rectores, directores rurales o coordinadores), el 1,7 % son orientadores y el 1,3% restante docentes de apoyo en el aula y en labores administrativas. Ahora bien, por zona, el registro señala que los docentes que prestan sus servicios en actividades pedagógicas en el aula, el 71,8 % (324 669) lo hacen en el sector urbano, mientras que el 28,2 % (127 760) en el sector rural.

Un informe realizado por Bonilla et al., (2018)haciendo especial énfasis en las marcadas brechas regionales. El análisis se basa en registros oficiales del Ministerio de Educación Nacional, que

incluyen información detallada de todos los docentes oficiales del país. Además, se miden las habilidades académicas de los docentes a través de los puntajes que estos obtuvieron en las pruebas SABER 11, cuando eran estudiantes de bachillerato. Los resultados indican que, así como hay importantes diferencias entre instituciones educativas urbanas y rurales, aquellas ubicadas en municipios pequeños (no certificados para el Banco de la República, titulado *¿Quiénes son los docentes en Colombia? características generales y brechas regionales,* señala que las mujeres docentes son más escasas en la zona rural. Sin embargo, el 67% de los docentes que atiende estudiantes de básica primaria en la zona rural son mujeres, pero aún sigue siendo inferior al promedio de la urbana. que es del 78.3 %. Los docentes que se vinculan al sector rural tienden a ser más jóvenes, con un promedio de edad de 45,4 años frente a los 49,2 años del sector urbano. En ese sentido, al ser un promedio más joven, existe una mayor probabilidad de regirse bajo el nuevo estatuto docente[3]. El 59,2% de los docentes rurales pertenecen al Decreto 1278 del 2002, frente al 48,4% de la zona urbana.

El informe también deja en evidencia una marcada diferencia en el nivel de formación de los docentes rurales y urbanos. En básica primaria el 91,1% de los docentes de la zona urbana cuenta con un título profesional, frente al 75,7% de los rurales. A nivel posgradual, la brecha en el porcentaje es de 14 puntos porcentuales a favor de los docentes que laboran en la zona urbana. Las brechas menos pronunciadas en el nivel de formación profesional y posgradual se encuentran en el grupo de docentes de secundaria, con una diferencia de 1,6 unidades porcentuales a favor de los docentes urbanos. Existen barreras fuertes para el docente rural que dificultan emprender un proceso de formación profesional o de postgrado.

3 Decreto 1278 del 2002, art 1. "Tiene por objeto establecer el Estatuto de Profesionalización Docente que regulará las relaciones del Estado con los educadores a su servicio, garantizando que la docencia sea ejercida por educadores idóneos, partiendo del reconocimiento de su formación, experiencia, desempeño y competencias como los atributos esenciales que orientan todo lo referente al ingreso, permanencia, ascenso y retiro del servidor docente y buscando con ello una educación con calidad y un desarrollo y crecimiento profesional de los docentes" (p. 1).

Lo urbano y lo rural, una frontera desdibujada

En las últimas décadas, el concepto de ruralidad ha tenido importantes modificaciones debido a las nuevas relaciones que se han establecido entre lo urbano y rural, en una frontera que se difumina con múltiples conexiones que se confunden y complejizan. Lo rural ya no se relaciona con lo agropecuario, y lo agropecuario no es precisamente la producción primaria. La expansión de la globalización ha generado fracturas que deben ser asumidas por medios complejos y exigentes en los procesos de certificación que implican un trato sostenible de los productos, con principios de calidad, asociatividad de las unidades productivas y armonía con las buenas prácticas agrícolas (MEN, 2010)\" Todos por un Nuevo País \" .prepara profesionalmente para el ejercicio docente, con la premisa de que la excelencia de los educadores es un factor esencial para garantizar la calidad de la educación que prestan las instituciones educativas a los niños, niñas, jóvenes y adultos en los diferentes niveles y ciclos educativos. Que la Ley 1753 de 2015 \" Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 \" Todos por un nuevo País \" , establece en el artículo 222, que los programas académicos de Licenciatura que a la fecha de entrada en vigencia de dicha normativa, tuvieran como mínimo cuatro (4.

Por su parte, Echeverri y Ribero (2002) conciben la nueva ruralidad como una oportunidad para tocar al territorio desde el desarrollo local, con una perspectiva diferente a las actuales estrategias de políticas dominantes que se gestan en los gobiernos y organismos internacionales. A su vez, Llambí y Pérez (2007) la consideran como un fenómeno que afectan directamente la dinámica de la zona rural y urbana. Según sus planteamientos, se eliminaron las zonas geográficas, económicas y sociales que controlaron el mundo capitalista desde sus inicios hasta la actual globalización como mundos diferenciados, pero con altos grados de complementariedad. También se habla de un proceso de urbanización de la zona rural, propiciado por el incremento de actividades u ocupaciones diferentes a las agrícolas; así como por la proliferación de los medios

de comunicación que llegan a regiones apartadas, y por el avance de la biotecnología y la informática.

A pesar de las actividades productivas emergentes de nuevos sectores económicos propias de las nuevas ruralidades, en la mayoría de los países de América Latina, la agricultura aún se posiciona como la actividad agrícola determínate de la estructura rural. Esto se debe a su arraigo en la tradición de los habitantes y las condiciones favorables del suelo. La agricultura sigue siendo la fuerza articuladora de una economía diversificada (Echeverri & Ribero, 2002). Sin embargo, es inevitable la inserción de nuevas tendencias de oficios u ocupaciones. Según Llambí y Pérez (2007), los grupos poblacionales que no se dedican a las actividades agrícolas están tomando fuerzas en la dinámica social y económica del territorio, al integrarse en núcleos familiares plurifuncionales dedicados a nuevos oficios que aportan a la economía familiar y local. En esta dinámica se ubica las nuevas formas de producción y comercialización, con un acercamiento a las empresas industriales y los sistemas emergentes de distribución.

A nivel educativo, estas transformaciones de la ruralidad se convierten en un punto de partida para procesos de cambio liderados por la comunidad educativa, con miras a fortalecer la pertinencia de la escuela rural. En este contexto, se asumen responsabilidades que movilizan aspectos esenciales de los procesos educativos con incidencia en la dinámica comunitaria. Entre ellos podemos mencionar: el proceso de formación de sus habitantes desde la escuela, en relación con su participación en el destino colectivo del territorio a partir de la nueva ruralidad; la generación de nuevos elementos de reflexión, para mejorar la calidad en la gestión escolar; la articulación de los diferentes niveles de educación en los nuevos contextos rurales con población dispersa; y la reflexión en torno a la educación básica y sus necesidades (MEN, 2010)

Lo anterior, se constituye en desafíos para la escuela, los cuales pueden ser liderados por los miembros de la comunidad educativa, con participación de las autoridades educativas sectoriales y de las

instituciones de educación superior, que deben ofrecer respaldo académico, logístico y político.

En Colombia, el modelo educativo Postprimaria, en su línea de formación, ubicó el emprendimiento como el componente fuerte de retorno social. Su propósito es formar ciudadanos del campo que se conciban como empresarios, capaces de ver el territorio como la posibilidad de desarrollo de procesos productivos y de servicios. En consecuencia, se busca que la educación ofrezca nuevas respuestas a las necesidades básicas y puntuales de la población (MEN, 2010)

Retos de la inclusión en la ruralidad

El tema de la inclusión se ha convertido en un reto que deben enfrentar las escuelas a nivel mundial. Si bien es cierto que en algunos países la educación inclusiva se percibe como programas para atender niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad dentro de los procesos educativos regulares, a nivel internacional se está reflexionando como una visión más amplia. Esta perspectiva concibe la inclusión como una trasformación que apoya y celebra la diversidad entre todos los estudiante (UNESCO, 2004).

En ese último sentido, la educación inclusiva aborda no solo la discapacidad, sino la exclusión social que resulta de ciertas actitudes y respuesta frente a la diversidad racial, social, étnica, cultural, económica, de género y de habilidades. Parte de la esencia elemental de la educación como un derecho básico y fundamental para una sociedad más equitativa y justa.

La Conferencia Mundial de Salamanca sobre Necesidades Educativas Especiales sostiene que las escuelas están en la capacidad de "proporcionar una educación efectiva para la mayoría de los niños, mejorar la eficiencia y, en definitiva la relación costo-eficacia de todo el sistema educativo" (UNESCO, 1994, p.10). Además, afirma que los avances en los procesos inclusivos deben centrarse en mejorar las capacidades de las escuelas regulares locales en

beneficio de la participación y aprendizajes de la creciente gama de alumnos que están dentro de la propia comunidad. Esta es una apuesta que propone avances hacia la inclusión en la escuela a grupos de alumnos en condición de vulnerabilidad.

Ainscow y Miles (2008)vínculos más estrechos entre las escuelas y las comunidades, trabajo en red de los distintos entornos y la recopilación y utilización de información contextualmente pertinente. Los autores se basan en datos de investigaciones relacionadas con la enseñanza y el aprendizaje, el desarrollo de la escuela, el liderazgo y el desarrollo de los sistemas educativos. Esta investigación se fundamenta principalmente en contextos económicamente desarrollados, pero se basa también en la experiencia de un proyecto de formación de docentes de la UNESCO que se llevó a cabo en más de 80 países y en estudios monográficos reunidos por la Enabling Education Network (EENET identificaron algunas caracterizaciones que configuran el concepto de educación inclusiva: la inclusión se refiere a la vinculación de todos los niños, niñas y jóvenes en las escuelas; se enfoca en la presencia, la participación y los resultados; la inclusión y la exclusión tienen una relación intrínseca, de tal manera que la inclusión constituye la lucha activa de la exclusión; y la inclusión se considera un proceso permanente. En ese sentido, la escuela inclusiva es dinámica y lejos de ser perfecta; por lo que es un proceso que exige una vigilancia continua.

La ruralidad se ubica dentro de esos contextos que, por sus particularidades sociales, culturales, económicas, son únicos. En el caso de la ruralidad latinoamericana, existe una notoria problemática asociada a la desigualdad, pobreza, violencia, crisis económica, lo que la ha sumergido en un fuerte atraso social. Esto ha propicado fenómenos como las migraciones a las grandes ciudades, engrosamiento de los cordones de miseria y pobreza extrema (Rosendo et al., 2019). Ante las adversidades, el trabajo y la gestión comunitaria se consolidan como la mejor opción para animar y apoyar a la escuela e impulsarla hacia el mejoramiento continuo.

La inclusión educativa en contextos rurales implica una dinámica vinculante de la comunidad educativa, líderes comunitarios y autoridades educativas inherente al sistema. Los sujetos se convierten en agentes de cambio desde una mirada de enfoque territorial y asumen las consecuencias de tomar conciencia de las situaciones que los afectan y de aquello que es urgente priorizar para intervenir, resolver o minimizar la problemática (Rosendo et al., 2019). La eficiencia en los procesos de gestión de los cambios conlleva a que los líderes no solo deben conocer los factores que alimentan las crisis, sino que, además, deben contar con una actitud que los reconozca ante los demás, de manera que ayuden a impulsar las metas propuestas.

Las aulas multigrados es unas de las características predominante en la educación rural, especialmente en los centros poblados o rural disperso. En general, el aula multigrado es atendida por un docente, y ahí convergen dos o más grados simultáneamente. Según Ames (2004), esto representa la versión más pequeña de las aulas monogrado. Las particularidades de estas aulas radican en estar conformadas por niños de diversas edades y grados, con un proceso de enseñanza concéntrica o circular. En ocasiones, los mayores asumen el rol de enseñar a los más pequeños con la supervisión del profesor (Quílez & Vázquez, 2012). En las aulas multigrado no solamente se manejan diferentes grados y edades, sino un conjunto de emociones e intereses expresados por los estudiantes alrededor de un proyecto pedagógico organizado y ejecutado por el docente.

Sin dudas, la ruralidad impone condiciones diferenciadoras debido a su complejidad, lo cual representa un desafío adicional para los procesos de inclusión. Perfetti et al., (2001)which main objective consisted on systematizing the implementation and expansion of two post-primary experiences in rural Areas in Colombia. The experiencies were \"Escuela Nueva \"and SAT (Tutorial Learning System consideran dos elementos centrales para una educación contextualizada y pertinente en las zonas rurales. La primera gira en torno a lineamientos curriculares que hagan énfasis en el desarrollo de habilidades y destrezas, dejando a un lado la memorización de contenidos. De este modo, prevalece el enfoque

práctico que se materializa en el diseño y puesta en marcha de proyectos comunitarios y productivos, teniendo en cuenta el ritmo y estilo de aprendizajes de los estudiantes. El segundo elemento se centra en la práctica pedagógica, el docente es concebido como un orientador y gestor de procesos que se aparta un poco de la simple transmisión de información. El estudiante es considerado como el centro del aprendizaje, y el docente se convierte en un conocedor del contexto, de los estudiantes, sus intereses y necesidades. Es, en definitiva, una oportunidad de forjar un estudiante cooperativo y participativo.

Contexto de la investigación

La Institución Educativa Costa Rica, situada en zona rural del municipio de Buenavista, departamento de Sucre, geográficamente hace parte de la subregión Sabana[4], situada en el centro-oriente del departamento, con dinámica de vida de bosque seco tropical (bs-T)[5]. Es un área geográfica que los campesinos aprovechan por las condiciones favorables del suelo y del clima para cultivar yuca, maíz, ahuyama, entre otros. Asimismo, desarrollan la actividad ganadera en pequeña escala. Sin embargo, el suelo es sensible a las fuertes sequias en épocas de verano y al uso excesivo de fungicidas, insecticidas y herbicidas.

La Institución Educativa Costa Rica está conformada por una sede principal y seis asociadas: Providencia, Plan Parejo, California, Los Anones, China Roja y Las Chichas. Este conjunto de centros educativos ofrece los niveles de preescolar y básica. Solo en la sede principal, además de ofrecer los niveles de preescolar y básica primaria, también ofrece la básica secundaria. Todas las sedes cuentan con aulas multigrados, incluyendo la sede principal, tanto en los niveles de básica primaria como en secundaria, debido a la baja población estudiantil.

4 El Departamento de Sucre cuenta con 26 municipios dividido espacialmente en cinco subregiones según sus características físicas, identidad cultural y vocación económica: Subregión Morrosquillo (Tolú, Coveñas, San Onofre, Toluviejo y San Antonio de Palmito), Subregión Montes de María (Sincelejo, Ovejas, Colosó, Chalán y Morroa), Subregión Sabanas (Sampués, Corozal, San Juan de Betulia, Sincé, Galeras, El Roble, Los Palmitos, San Pedro y Buenavista), Subregión Mojana (Sucre, Guaranda y Majagual) y Subregión San Jorge (La Unión, Caimito, San Marcos y San Benito Abad). (Gobernación de Sucre, 2020, p. 14).

5 El bosque seco tropical (bs-T) se caracteriza por su poca vegetación, presencia de rastrojos y extensas áreas de pastizales. La superficie son lomeríos, con temperaturas promedios anuales de 27.5°C, así mismo, una precipitación promedio anual que varía en un rango de 1000-1200 mm, acompañada de una humedad promedio del 80%. (Gobernación de Sucre, 2020)

El cuerpo docente está compuesto por un directivo y 18 docente. Es un grupo heterogéneo, en cuanto a su tipo de vinculación: el 50% de ellos está vinculado bajo el Decreto 2277 de 1979, mientras que la otra mitad se rige por el Decreto 1278 de 2002[6], que es el actual decreto de vinculación de los nuevos docentes. Según los archivos de la secretaría de la institución, la formación del cuerpo docente indica, que el 17% son normalistas, el 22% licenciado, el 33% con estudios de especialización y un 28% tiene título de magister. Su formación complementaria se relaciona con las tecnologías de la información y comunicación. La interacción comunidad-docente es limitada, pues los profesores residen en municipios aledaños y solo permanecen en la comunidad durante la jornada escolar.

La dispersión poblacional, vías de acceso en pésimas condiciones y las familias trashumantes por la actividad ganadera, han conllevado a una baja población estudiantil en todas las sedes. Esta situación es razón suficiente para configurar aulas multigrados.

Determinantes que marcan la vida social y educativa del territorio

Este apartado muestra los resultados de la revisión documental, las encuestas y la observación que se usaron como instrumentos para la recolección de la información de la presente investigación.

La revisión documental se realizó sobre los planes de estudios de básica primaria y secundaria, así como sobre el proyecto institucional de lectura "La lectura que ricura".

Planes de estudios: se configuran como el esquema estructurado de las áreas obligatorias, fundamentales y optativas, con sus respectivas asignaturas, que soportan el currículo de la institución

6 En Colombia hay dos estatutos docentes del sector oficial, los nombrados bajo el decreto 2277 de 1979 y los del 1278 2002, éste último con vigencia para los nuevos nombramientos. Con relación al ingreso y permanencia, con el decreto 1278/02, se hace a través de un proceso selectivo y riguroso por medio de un concurso público de ingreso y se somete anualmente a evaluaciones de desempeños y competencias. En el concurso de méritos se evalúa aptitudes, experiencia, competencias básicas, relaciones interpersonales y condiciones de personalidad, en el caso de los docentes vinculados por el decreto 2277/79 solo era necesario acreditar título docente o estar inscrito en el escalafón nacional docente (art 5 y 27 decreto 2277/79). La remuneración, escalafón e incentivos hacen parte de la carrera docente como mecanismo de funcionamiento.

educativa. El plan de estudio de educación básica primaria y secundaria de la Institución Educativa Costa Rica incluye los siguientes elementos: información general, metas generales del ciclo, metas generales del grado, periodos académicos, estándares básicos de competencia (EBC) y/o derechos básicos de aprendizaje (DBA), principales saberes, problemas del contexto, productos de desempeños, estrategias y actividades de apoyo, recursos, criterios de evaluación y bibliografía. La organización de saberes por áreas, con sus respectivas asignaturas de básica primaria y secundaria, se encuentra registrada en las siguientes matrices (Tabla 1 y 2).

Tabla 1. *Matriz de áreas y asignatura de la educación básica primaria de la Institución Educativa Costa Rica*

ÁREA		IHS[7]	IHA[8]
1.-Matemáticas: Matemáticas, Geometría y Estadística.		5	200
2.-Ciencias naturales y Educación ambiental		3	120
3.-Ciencias sociales: Historia, Geografía, Const. política y Democracia		4	160
4.-Humanidades	Castellano	4	160
	Inglés	1	40
5.-Educación Religiosa		1	140
6.-Educación Artística		2	80
7.-Tecnología e informática		2	80
8.-Educación Física recreación y deportes		2	80
9.-Educación ética y valores		1	40
TOTAL		25	1000

Nota. Esta tabla muestra la intensidad horaria semanal y anual de las áreas y asignaturas de educación básica primara de la Institución Educativa Costa Rica. Benavides D y De León R (2024)

7 IHS: Intensidad horaria semanal

8 IHA: Intensidad horaria anual

Tabla 2. *Matriz de áreas y asignatura de la educación básica secundaria de la Institución Educativa Costa Rica*

ÁREA		IHS	IHA
Humanidades	Castellano Lectoescritura Inglés	6	240
Matemáticas:	Algebra Geometría Estadística	5	200
Ciencias sociales	Historia Geografía Const. política Democracia	5	200
Ciencias naturales y Educación ambiental		4	160
Educación Religiosa		1	40
Educación ética y valores		1	40
Tecnología e informática		2	80
Educación Artística		2	80
Granja y alimentos		2	80
Educación Física recreación y deportes		2	80
TOTAL		30	1200

Nota. Esta tabla muestra la intensidad horaria semanal y anual de las áreas y asignaturas de educación básica secundaria de la Institución Educativa Costa Rica. Benavides D y De León R (2024).

Las metas y objetivos de las áreas y asignaturas se enmarcan en los referentes de calidad expedidos por el Ministerio de Educación Nacional (MEN), específicamente en los estándares básicos de aprendizaje. Cada periodo académico cuenta con sus respectivos estándares e identificación de las competencias que deben adquirir los estudiantes.

Se evidencian el uso generalizado de recursos, aunque no se estipulan por periodo académico. También se evidencia el uso de las TIC, como la televisión, tablets, proyectores y discos compactos.

Por otro lado, no se evidencia en el documento el enfoque pedagógico ni metodológico que oriente la práctica educativa. Los instrumentos de evaluación que registra el plan de estudio están determinados por las estrategias que se han optado: trabajos y talleres en clase, trabajos y talleres en casa, exposiciones, evaluaciones teórico-prácticas y elaboración de material didáctico. Por último, los procesos evaluativos se desarrollan mediante la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación.

El plan de estudio genera la percepción de un documento rígido, diseñado solo para el cumplimiento de exigencias de normativas expedida por el Ministerio de Educación. Las estrategias son descontextualizadas en algunos casos, es decir, no responden a las necesidades del contexto y de los estudiantes. Por esta razón, la participación de la comunidad educativa es mínima. No se observan ajustes para afrontar la nueva dinámica social, tecnológica, económica y educativa que presenta el territorio.

Proyecto de lectura institucional "La lectura que ricura".

Es un proyecto de lectura liderado por el profesor de castellano y construido por los docentes de básica primara de la institución educativa. El objetivo principal es fomentar la lectura comprensiva en los estudiantes de básica primaria y secundaria.

El proyecto muestra un marco real de los niveles de lectura de los estudiantes a partir de los resultados de las pruebas SABER. Resalta las estrategias que se van a implementar y se ajusta a las condiciones y necesidades de cada sede educativa. El docente de cada sede educativa cuenta con la autonomía de hacer ajustes a las estrategias. Como estrategias principales se encuentra "Leo con papito o mamita", "Leo debajo de un árbol", "Escribo las cotidianidades",

"¿Qué hay en mi casa?", "Construyo y leo cuentos y fábulas", entre otras. Para el proceso evaluativo se cuenta con registros o bitácoras que indican el impacto y evaluación de las actividades.

Por otro lado, en las encuestas se abordaron temas de economía familiar como determinante social de gran relevancia en la vida comunitaria. Se encuestaron 22 jefes de hogar que tienen estudiantes en las distintas sedes de la institución educativa.

La dinámica económica del contexto de la escuela es de predominio agropecuario, por las condiciones del suelo de tipo sabana y el clima que se presenta en la zona, en especial en época de lluvias. Sin embargo, en la última década, han proliferado nuevos oficios o actividades económicas ante la falta de oportunidades de empleo o apoyo estatal en la creación de unidades productivas. Generalmente, estas nuevas actividades están ligadas a la informalidad. La siguiente información visualiza el panorama de esta realidad.

Los mayores aportantes a los gastos del hogar son los padres de familias con el 48%. No obstante, las madres de familias aportan el 28 %, y los hijos con un 17%, lo cual constituye otras entradas económicas importantes para mitigar los gastos. Esto se debe a que las actividades agrarias permiten la vinculación de la familia con aportes significativos a la economía familiar.

El trabajo por jornal es la actividad económica predominante (36%) de los hombres de la zona rural del municipio de Buenavista, Sucre. Son trabajos por "días" en actividades relacionadas con la agricultura y la ganadería. Por lo general, este tipo de vinculación laboral la usan los propietarios de las grandes fincas para su mantenimiento, pastoreo del ganado o asistencia a cultivos. Se da por periodos cortos y, en muchos casos, sin las prestaciones sociales establecidas por la ley de seguridad social.

La agricultura (24%) es la segunda actividad económica más importante. Es una actividad que desarrollan los habitantes en pequeña escala, en terrenos de no más de dos hectáreas cultivadas..

Estos cultivos sirven como complemento alimenticio para suplir el consumo familiar y, en algunas ocasiones, para el comercio. Los productos que más se cultivan son la yuca, ahuyama y maíz, entre otros.

El trabajo informal (12%), ha tomado fuerza en los últimos años, ante las pocas oportunidades de empleo que hay en la zona, la inexistencia de unidades productivas y abandono del estado. Las actividades informales predominantes son el mototaxismo, ventas ambulantes o pequeños locales estacionarios a orillas de la carretera para venta de comidas, entre otras.

El 90% de los hogares no superan un salario mínimo legal vigente en sus ingresos económicos. Esta situación se relaciona con el tipo de vinculación laboral predominante: cuando las personas trabajan por jornal, lo hacen por periodos cortos y según las necesidades del empleador o contratista; además, el trabajo informal no garantiza ingresos económicos estables ni suficientes. Según la OPS (2024), la pobreza es el determinante social de mayor impacto en la salud de las personas.

Por otra parte, la encuesta pudo evidenciar que el 86% de los hogares reciben un tipo de ayuda estatal, a través de programas sociales que están vigentes como: Familias en Acción, Renta Ciudadana y Devolución del IVA. Estos ingresos constituyen un complemento económico importante para las familias para suplir necesidades básicas relacionadas con la alimentación, educación u otras urgencias del hogar.

Finalmente, se realizaron observaciones a las infraestructuras comunitarias, educativas y a las principales vías de comunicación que interconectan las diferentes sedes educativas, por las cuales se movilizan diariamente los estudiantes y la población en general.

Vías de comunicación

Los caminos verdales que interconecta las sedes educativas entre sí tienen una extensión de 25 km aproximadamente. Además,

son usados por los habitantes de la zona rural para llegar a la cabecera municipal, transportar productos agrícolas y acceder a servicios médicos, entre otras actividades. El estado de estas vías es regular, debido a la presencia de huecos que empeoran durante la temporada de lluvias. En esa época, el agua se empoza y forma grandes charcos —como lo muestra la Imagen 1— que dificultan el tránsito normal de vehículos.

Imagen 1. *Estado de las vías en época de lluvia en la zona rural del municipio de Buenavista Sucre*



Nota. Esta imagen muestra las condiciones de los caminos veredales en épocas de lluvias. Benavides D y De León R (2024).

Infraestructura Educativa

La institución educativa la conforman 7 sedes, todas en la zona rural. Son sedes pequeñas, escuelas unitarias. La Tabla 3 registra los resultados de la observación a la infraestructura educativa.

Tabla 3 *Sedes educativas con sus respectivos espacios pedagógicos*

Espacios Sedes	Aulas de clases	Biblio-teca	Salón de informáti-ca	Comedor escolar	Baños	Espacios deporti-vos	Kiosco recrea-cional
I.E. Costa Rica.	5	0	1	1	2	0	1
Plan Parejo	1	0	0	1	1	0	1
California	1	0	0	1	1	0	1
China Roja	2	0	0	0	1	0	1
Los Anones	4	0	0	1	2	1	1
Las Chichas	5	0	1	1	2	1	1
Providencia	2	0	0	1	1	0	1

Nota. La tabla muestra los espacios pedagógicos con los que cuenta la Institución Educativa Costa Rica y sus sedes educativas asociadas. Benavides D y De León R (2024).

Pese a contar con importantes espacios pedagógicos, la gran mayoría se encuentra en regular estado y requiere con urgencia un mantenimiento que garantice un ambiente digno para el desarrollo de los procesos educativos. También es urgente la necesidad de contar con espacios para biblioteca y actividades deportivas y recreativas, con el fin de brindar una educación integral a todos los estudiantes.

Por lo expuesto, se evidencia que los avances en materia de inclusión en las escuelas, en términos generales, han ocurrido más en el plano discursivo —intenciones y declaraciones institucionales— que en las prácticas reales. Si bien se insiste en que el docente debe cambiar su concepción, competencias, habilidades y conductas para facilitar la integración y participación de los estudiantes en el aula, respetando la diversidad —lo cual no deja de ser cierto—, no

puede desconocerse que estos procesos deben estar acompañados de un cambio cultural y organizativo institucional, en especial si se quiere facilitar el aprendizaje y contribuir a proceso de desarrollo comunitario en el caso de las escuelas rurales.

Dicho de otro modo, es necesario articular y sincronizar los distintos niveles de acción educativa: el nivel micro, relacionado con los estudiantes, los docentes y el aula; el nivel meso, que incluye la cultura escolar, el currículo, la organización institucional y las estructuras de apoyo; y el nivel macro, vinculado con las políticas públicas y las normativas vigentes. Solo mediante esta articulación será posible implementar cambios pertinentes y garantizar la inclusión como un derecho, en términos de equidad y justicia social.

Para lograrlo, es fundamental partir del conocimiento profundo de la realidad de cada escuela, de sus prácticas pedagógicas y de su contexto sociocultural.

Conclusiones

Las zonas rurales cuentan con un gran potencial por sus aportes a la producción alimentaria de los habitantes del planeta, la conservación del medio ambiente, la posibilidad de establecer una relación amigable con la naturaleza, igualmente por su riqueza cultural. Sin embargo, existen otros determinantes con incidencia directa en el ser humano que la complejizan y que inciden en los procesos de impacto social.

Los establecimientos educativos ubicados en territorios rurales atienden a niños, niñas y jóvenes diversos. Esta diversidad va más allá de una deficiencia funcional, está relacionada más con población afectada por discriminación de tipo religioso, económico, étnico, dificultad de aprendizajes, entre otros. La práctica docente se complejiza cuando existen precariedades en el hogar, como el bajo nivel económico o problemas de salud. El apoyo pedagógico desde el hogar es deficiente por falta de recursos que faciliten al estudiante acceder a la información. Esta situación incide directamente en fenómenos como la repitencia y la deserción escolar, ya que muchos estudiantes se ven obligados a incorporarse a actividades productivas del campo o a la economía informal para contribuir a los gastos del hogar.

Otras de las dificultades que enfrenta un estudiante rural es su permanencia en el proceso educativo, no por falta de interés, sino por las condiciones de accesibilidad al centro educativo. Las vías de comunicación en mal estado son factores de desmotivación para los estudiantes. Esta es una situación que se supera con un trabajo articulado con autoridades educativas, directivos docentes y padres de familias, en busca de alternativas de solución. Sumado a lo anterior, las condiciones de la infraestructura física de los espacios pedagógicos deben estar acorde a la finalidad de los procesos educativos que allí se desarrollan.

Por otro lado, los planes de estudios y proyectos educativos se deben convertir en motivo para una participación genuina de los

miembros de la comunidad educativa, lo que implica aunar las voces e intereses de todos en función de procesos educativos pertinentes, motivadores, retadores y con aporte al desarrollo comunitario. Lo anterior, conlleva procesos reflexivos de todos, que parta de la realidad del contexto, con diagnósticos que permitan priorizar acciones y llegar a metas concretas. Son procesos que impulsan el fortalecimiento de la identidad local.

Para finalizar, la educación rural en general requiere acciones estructurales que comprometan a los gobiernos locales, a las instituciones públicas y privadas ubicadas en esos territorios, al fortalecimiento de determinantes sociales que mejore las condiciones de vida de la población. Esto debe hacerse a través de un trabajo en red que facilite el desarrollo integral de niños, niñas y jóvenes, y que apunte a la mejora de la calidad educativa, de la salud y del impulso al desarrollo rural.

Referencias

Ainscow, M., & Miles, S. (2008). Por una educación para todos que sea inclusiva: ¿Hacia dónde vamos ahora? *Perspectivas: Revista Trimestral de Educación Comparada*, *XXXVIII*(1), 17–44. https://bit.ly/3p36svL

Ames, P. (2004). *Las escuelas multigrado en el contexto educativo actual: desafíos y posibilidades*. Ministerio Educación Perú.

Bautista, M. (2019). La formación en servicio de los maestros rurales de Colombia. *Revista Universidad de La Salle*, *79*, 67–89. https://doi.org/10.19052/ruls.vol1.iss79.4

Bonilla, L., Londoño, E., Cardona, L., & Trujillo, L. D. (2018). ¿Quiénes son los docentes en Colombia? Características generales y brechas regionales. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana*, *276*.

Bustos, A. (2008). Docentes de escuela rural. Análisis de su formación y sus actitudes a traves de un estudio cuantitativo en Andalucía. *Revista de Investigación Educativa*, *26*(2), 845–519. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321909012

Bustos, A. (2010). Aproximación a las aulas de escuela rural: heterogeneidad y aprendizaje en los grupos multigrado. *Revista de Educación*, *352*, 353–378.

DANE. (2023). *Boletín técnico EDUC*. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EDUC/bol-EDUC-2022.pdf

Echeverri, R., & Ribero, M. P. (2002). *Nueva ruralidad. Visión del territorio en América Latina y el Caribe*. IICA. https://repositorio.iica.int/handle/11324/7692

García, R. F., Hernández, M., & López, D. J. (2024). Educación como determinante de la salud. *Tepexi. Boletin Cientifico de La Escuela Superior de Tapeji Del Río*, *11*(22), 27–34.

Gardner, H. (1994). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Fondo de Cultura Económica Ltda. https://bit.ly/49p4Tcs

Gobernación de Sucre. (2020). *Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023. Departamento de Sucre*. https://www.sucre.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-departamental-sucre-diferente-sin

Llambí, L., & Pérez, E. (2007). Nuevas ruralidades y viejos campesinismos.Agenda para una nueva sociología rural latinoamericana. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, *4*(59), 36–61.

Ministerio de Educación Nacional. (2010). *Manual de implementación Postprimaria Rural*. Ministerio de Educación Nacional. https://bit.ly/49ozG9q

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de La Salud. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Perfetti, M., Leal, S., & Arango, P. (2001). Alternativas exitosas de la educación rural en Colombia. *Revista Coyuntura Social*, 121–147. http://hdl.handle.net/11445/1872

Quílez, M., & Vázquez, R. M. (2012). Aulas multigrado o el mito de la mala calidad de enseñanza en la escuela rural. *Revista Iberoamericana de Educación*, *59*(2), 1–12. https://rieoei.org/historico/deloslectores/5353Quilez.pdf

Rosendo, A., Villalobos, A., & Fuentes, L. (2019). Promoción de escuelas inclusivas en contextos migratorios rurales. Análisis desde el enfoque territorial del desarrollo. *Revista Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, *45*(3), 279–295. https://doi.org/10.4067/s0718-07052019000300279

Thomas, C., & Hernández, R. (2004). El rol del profesor en la educación rural. *V Congreso Chileno de Antropología*. https://doi.org/10.36260/rbr.v9i1.894

UNESCO. (1994). Conferencia Mundial Sobre Necesidades Educativas Especiales : Acceso Y Calidad. *Declaración de Salamanca*. http://www.mendoza.edu.ar/declaracion-de-salamanca-por-la-educacion-inclusiva/

UNESCO. (2004). *Temario abierto sobre educación inclusiva*. OREALC/UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000125237_spa

6. Educación en salud familiar y comunitaria con población rural vulnerable

Alba Nidia Triana-Ramírez[1]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Grupo de Investigación Atención Primaria de Salud
alba.triana@uptc.edu.co

Jahimy Paola Castellano-Sierra[2]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
jehimycas_12@hotmail

Diana María Igua-Ropero[3]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Grupo de Investigación Atención Primaria de Salud
diana.maria@uptc.edu.co

Laura Margoth Roncancio-Ávila[4]
Lauroncancioa@gmail.com

Camilo Sebastián Fonseca-Melenge[5]
camilosfonseca@gmail.com

Olga Lucía Peña-Torres[6]
olga.medfamiliar@gmail.com

Fredy Nelson Maldonado- Pasmiño[7]
fredymaldonado4@yahoo.es

1 Trabajadora Social, Universidad de la Salle, Mg., en Desarrollo Social y Educativo, Universidad Pedagógica Nacional, Esp. Pedagogía en pedagogía de los Derechos Humanos, - UPTC, Doctor en Ciencias de la Educación, RUDECOLOMBIA, Docente Especialización de Medicina Familia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPTC, ORCID https://orcid.org/0000-0003-1699-8592,

2 Medica General – Especialista En Medicina Familiar

3 Médico Cirujano, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Especialista Medicina Familiar, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Certificación Exercise is medicine, American College of Sports Medicine. U.S.A. Certificación Sedación Avanzada, Centro internacional de entrenamiento en urgencias y emergencias Salamandra. Institucionalidad: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. ORCID: 0000-0003-0338-0259

4 Médica Universidad Federada de Costa Rica, Esp., en Seguridad y Salud en el Trabajo – UPTC, Esp., en Medicina Familiar – UPTC, estudios en auditoria en salud

5 Medico egresado de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Especialista en Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica de Colombia, Médico de Familia de la Policlínica Policía Metropolitana de Tunja y clínica Chía sede Tunja servicios ambulatorios nueva EPS

6 Médica de la UPTC, Especialista en Medicina Familiar de la UPTC. ORCID: https://ORCID.org/0000-0002-7990-4189

7 Médico cirujano – UPTC, Especialista en Auditoría en Salud Universidad Santo Tomas, Especialista en Medicina Familiar de la UPTC, ORCID: https//orcid.org/ 0009-0009-5158-6623

Este capítulo tiene como objetivo analizar los procesos pedagógicos y la acción social a partir de la práctica y logros alcanzados en la formación comunitaria con un grupo de médicos residentes de la especialización de medicina Familiar de la UPTC, mediante el proyecto de promoción y mantenimiento de la salud en el municipio de Motavita, Boyacá entre los años 2020 y 2022.

El proyecto comunitario es una asignatura transversal a la formación del especialista en medicina familiar de la UPTC. Se traza un proyecto social que cumple tres funciones específicas dentro de la política misional de la Universidad: académico, investigativo y de proyección social: "Promoción y mantenimiento de la salud individuo, familia y comunidad en el municipio de Motavita – Boyacá 2020-2022".

Este se sustenta en un marco de referencia teórico a partir de la concepción de los determinantes sociales de la salud (DSS), el enfoque de la teoría general de los sistema en la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987), la estrategia de atención primaria en salud (OPS/OMS, 2007), la cual incluye componentes como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, autocuidado, detección precoz, diagnóstico oportuno, tratamiento integral, rehabilitación e integración a cuidados paliativos, todo con un enfoque de participación comunitaria.

El marco normativo en el que se sustenta el proyecto incluye la Resolución 3280 de 2018 del del Ministerio de Salud y Protección Social, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que fortalece el acercamiento de los servicios de salud a la comunidad y la determinación social; y la Resolución 518 de 2015 (modificada por la Resolución 295 de 2023), referente a la gestión de la salud pública, la ejecución y seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC).

Las técnicas utilizadas variaron según el momento y la espiral del proceso, y se clasificaron en investigativas —como el diagnóstico

social y la comprensión de los DSS— y de acción —como la atención clínica individual, familiar y comunitaria—.

Las técnicas de recolección de la información se basaron en la revisión y análisis de documentos institucionales como Análisis Situacional de Salud (ASIS) y el Plan de Desarrollo del municipio de Motavita (2020), visita domiciliaria, observación participante, consulta por medicina familia e instrumentos y el uso de diversos instrumentos, entre ellos: el diario de campo, el plan integral de cuidado familiar implementado por la Secretaría de Salud de Boyacá y el plan integral de cuidado familiar implementado por el programa de medicina familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, además de la historia clínica orientada a problemas de medicina familiar. Estas técnicas e instrumentos cumplieron una triple función: pedagógica, investigativa y de acción social.

La reflexión y conceptualización se lograron mediante el análisis de contenido, que es una técnica de ayuda metodológica para la investigación y la acción. Cada técnica de recolección de información, dentro del enfoque cualitativo, generó textos escritos, tanto durante la recolección como en la elaboración de informes que documentan la práctica o las acciones concretas de intervención. De igual manera, las bases teóricas que sustentan el proyecto social definen marcos de referencias documentales que se cruzan y se validan con la praxis social.

El proyecto comunitario, como campo de formación de talento humano, establece un marco de referencia que consolida acciones pedagógicas para el desarrollo de competencias y resultados de aprendizaje médicas en el campo de lo social, fuera de los escenarios hospitalarios de alta complejidad, ya que se localiza en los centros de baja complejidad de atención en salud y ámbitos comunitarios. Además, contribuye a explorar metodologías y didácticas de pedagogía social para el abordaje comunitario, familiar e intersectorial, orientados a la estrategia de la atención primaria en salud (APS) y los principios de la medicina familiar.

El valor agregado del proyecto es la conceptualización, desde la práctica, de una pedagogía comunitaria que propende por la movilización social orientada a despertar conciencia sobre la práctica del cuidado y el autocuidado de la salud, así como una atención médica humanizadas desde los principios de la Medicina Familiar y de la APS: participación comunitaria, tecnologías apropiadas, cooperación intersectorial, educación y prevención sin excluir el cuidado asistencial y la comprensión de los DSS. Se concluye que el desarrollo sistemático de actividades educativas y clínicas en contextos familiares y comunitarios demuestran ser una posibilidad para el mantenimiento de la salud en población rural vulnerable.

Bajo el modelo de atención de medicina familiar, se realizó el abordaje comunitario a partir de cuatro ejes de atención integral: individuo, familia, comunidad, y gestión del riesgo. El plan de acción se consolidó mediante acciones de cooperación inter y transectoriales, con resultados favorables de intervención asistencial mediante la consulta de medicina familiar, visitas domiciliarias, educación y gestión del riesgo en los entornos hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional.

Contextualización del territorio de la experiencia

> El Municipio de Motavita se encuentra ubicado en la Provincia Centro del departamento de Boyacá, tiene una extensión de 59.56 Km2, siendo el 99,63% de extensión rural. Políticamente se divide en cinco veredas: Centro, Carbonera, Salvial, Ristá y Sote Panelas, ésta última tiene cuatro sectores: Frutillal, Versalles, Barro Hondo y Quebrada Honda. (ASIS, Motavita, 2018).

De acuerdo con las proyecciones del DANE, para el año 2021 la población del municipio era de 5 744 habitantes, con una relación de 100 mujeres por cada 97 hombres. El porcentaje de distribución geográfica es predominantemente rural: el 85,9% (4897 habitantes) residen en la zona rural y el 14,1% (806 habitantes) en el área urbana. En cuanto al perfil mortalidad, en el período de 2015 y 2019 se

registraron 139 defunciones, de las cuales el 50, 4% correspondieron al sexo masculino (70 muertes). Las principales causas fueron las enfermedades del sistema sirculatorio (40,26%, 56 muertes), neoplasias (17,27%, 24 defunciones) y enfermedades transmisibles (ASIS Motavita, 2021).

Según el Plan de Desarrollo 2020-2023, (ASIS Motavita, 2020, p. 11), la proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas en el sector urbano fue del 4,06 %, mientras que en el sector rural alcanzó el 16,67 %. Además, el 2,42 % de la población del sector rural se encuentra dentro del rango de proporción de personas en miseria, las cuales requieren una pronta intervención (ASIS Motavita, 2020).

La mayor parte de la población depende económicamente de la producción agrícola (53%), pecuaria (42%) y minera (5%). Los principales productos agrícolas son la papa y cebolla cabezona; en menor cantidad la cebada, trigo, avena forrajera, maíz y arveja. En el sector pecuario predominan la cría y levante de ganado de doble propósito y la cría de ovinos y porcinos. El sector minero tiene 13 títulos de pequeña minería para explotación de carbón, aunque no se tiene conocimiento de licencias ambientales de CORPOBOYACÁ (ASIS Motavita, 2020)

Cooperación intersectorial e interinstitucional: estrategias de trabajo en red

Para la ejecución del proyecto se tomó como eje central las acciones participativas de la comunidad y la familia, a través de redes de apoyo para la acción social, mediante la cooperación intersectorial e interinstitucional, en articulación con instituciones educativas y la empresa social del estado (ESE) centro de salud de Motavita.

Según el Ministerio de Salud de Colombia (2016, p. 16), "la intersectorialidad se refiere, a la integración de varios sectores con una visión conjunta para resolver problemas sociales. El término

tiene diferentes connotaciones que dependen de la definición adoptada e igualmente de acuerdo con lo que se entiende por sector". En este sentido, se hace referencia a las alianzas entre lo público, lo privado y la comunidad. Otra acepción del concepto remite a la organización funcional gubernamental en sectores como educación, salud, agricultura, hacienda, cultura, vivienda, entre otras. Por lo tanto, la intersectorialidad se refiere a la relación entre diversos sectores y el gobierno.

La coordinación intersectorial partió de la firma de un convenio de cooperación interinstitucional entre la UPTC y el municipio de Motavita. En este proceso de coordinación se tuvieron en cuenta las instituciones y organizaciones que conforman redes de apoyo para la prestación de servicios sociales, económicos, jurídicos, asesorías en diferentes áreas y de salud a favor del individuo, la familia, la comunidad. Entre estas entidades se destacan las secretarías de Gobierno, Desarrollo Económico y Social, y Planeación; así como representantes de los distintos sectores: la Casa de Bienestar del Adulto Mayor, la Comisaría de Familia, el Centro de Salud ESE Motavita y las instituciones educativas Técnico Santa Cruz y la Institución Educativa Ambiental del sector de Sote Panelas (veredas Barro Hondo, Quebrada Honda, Frutillal, Versalles y Sote).

La cooperación intersectorial e interinstitucional desempeñó un rol importante en los diferentes procesos de ejecución de actividades planteadas en el proyecto comunitario, orientadas a la atención médica, la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La dinámica pedagógica en la formación para la salud comunitaria tuvo como base los principios establecidos por Ian McWhinney para el médico familiar (2021), entre los que se incluyen: la persona, el contexto, las relaciones médico- paciente, la salud comunitaria, la consulta domiciliaria, la consideración de los aspectos subjetivos y la gestión. En este orden de ideas, se destaca la importancia de la interacción en red entre el centro de salud, las instituciones educativas y la comisaría de familia, esto permitió la resolución de problemas, conflictos y necesidades de la población atendida. En este sentido, la comunicación asertiva se constituyó en

la principal fuente de apoyo que facilitó los procesos pedagógicos y el impacto de las acciones en los individuos, las familias y la comunidad de los entornos seleccionados.

Estrategia para el cambio de paradigma en atención médica: visita domiciliaria

Cubillo (2009, pág., 1) afirma:

> La visita familiar integral, se define como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud (pág., 1)

Teniendo en cuenta loa anterior, los médicos residentes intervinieron a 20 familias y realizaron seguimiento a 15 familias, con énfasis en las visitas domiciliarias y plan de cuidado. Las familias seleccionadas forman parte de un grupo priorizado por la Comisaría de Familia[8]. Es importante destacar que las primeras visitas domiciliarias se realizaron con acompañamiento de funcionarios de dicha institución, mientras que otras fueron llevadas a cabo de manera individual por los residentes.

Estas acciones permitieron la compresión sobre el contexto de los DSS y la interpretación de la relación que existe entre la dinámica y estructura familiar como dispositivos de enfermedad y conflictos que determinan la salud mental de los individuos. Se resalta la articulación intersectorial e interinstitucional como un mecanismo

8 La Comisaria de Familia en Colombia en un organismo gubernamental encargado de prevenir, proteger, restablecer, reparar y realizar los derechos de las víctimas haciendo el seguimiento de medidas de protección en casos de violencia en el contexto familiar. Activar rutas de atención integral a víctimas de violencia en el contexto familiar

relevante para el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del proyecto.

En la atención familiar y comunitaria se tuvieron en cuenta consideraciones éticas que permitieron desarrollar acciones efectivas orientadas al fortalecimiento de las relaciones entre el médico, la familia, el paciente y la comunidad. Estos aspectos generaron confianza por parte de la comunidad hacia las acciones o intervenciones del médico, el personal de salud y las instituciones. El comportamiento ético del médico familiar partió de la confidencialidad, el trato humanista, el respeto a la dignidad humana, su autonomía e interculturalidad, así como a la equidad en la prestación del servicio, el principio de comprensión de contexto local para su intervención, y, sobre todo, la percepción practica del médico familiar acerca de la salud como un derecho fundamental de las comunidades.

El consentimiento informado es una herramienta de obligatorio cumplimiento en los procesos clínico, familiar y comunitario, por lo que se constituyó en un factor riguroso de consulta para el ingreso del equipo de salud y de los funcionarios de la comisaría al núcleo familiar y comunitario. La principal estrategia utilizada para allegar convocatoria a la familia fue el contacto telefónico (celular), a través del cual se concertaban y programaban las visitas domiciliarias.

Para el abordaje y seguimiento familiar, se dispuso de un tiempo de tres horas, durante el cual se realizaron valoraciones clínicas y mentales por curso de vida, así como valoraciones familiares y socioeconómicas a los miembros presentes en el hogar. Se empleó herramientas de evaluación como el familiograma, el ecomapa y el APGAR, para identificar la estructura y dinámica interna de las familias: tipos, relaciones, roles, así como os principales problemas individuales, interpersonales y contextuales que generaban situaciones de tensión y crisis, tanto normativas como no

normativas.[9] y no normativas[10]. También, hubo observación directa para analizar los aspectos relacionados con los DSS.

En este proceso se utilizó la ficha familiar con datos sobre condiciones clínicas, dinámica familiar, diagnósticos de patologías y tratamientos, condiciones sociodemográficas, económicas y, finalmente, el plan integral de cuidado familiar. En la visita se pactó con la familia un plan integral del cuidado, al cual se le realizó seguimiento a través de nuevas visitas domiciliarias, En los casos de atención médica inmediata o intermedia, se articuló la intervención con el Centro de Salud de Motavita, lo que permitió integrar dichos casos al seguimiento clínico desde la medicina familiar.

La visita domiciliaria no solo fue una técnica de abordaje familiar, sino que se constituyó en el eje articulador de las acciones intersectoriales y el sistema de salud. Esto permitió la identificación de vulnerabilidades y factores de riesgos, priorización en la atención y la movilización de recursos. En el campo formativo de los especialistas de medicina familiar, la visita domiciliaria se configuró como una estrategia pedagógica de educación social, ya que facilita la comprensión del origen y comportamiento de las enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida

Así lo expresaron los médicos residentes, cuando respondieron de manera reflexiva a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la percepción del residente de medicina familiar, sobre la experiencia de aprendizaje a partir de la visita domiciliaria y su relación con la consulta clínica en la ESE?

En entrevista en noviembre de 2022 a los residentes Laura Roncancio, Camilo Fonseca y Fredy Malodonado, afirmaron que la visita domiciliar constituyó una estrategia de demanda inducida

9 Situaciones que experimenta la familia que causan estrés en uno o todos los miembros pero que son esperables o predecibles para el ciclo vital familiar. Ejemplo: la partida de los hijos del hogar.

10 Situaciones que experimenta la familia que causan estrés en uno o todos los miembros pero que no son esperables o predecibles para el ciclo vital familiar. Ejemplo: fallecimiento de un hijo

para la consulta médica:

> Es así, como un médico familiar… logra evidenciar problemas propios de la salud de determinados individuos en una comunidad y los lleva a consulta especializada para hacerle análisis de sus patologías. Es una forma de tamización de problemas sanitarios desde la observación.

De igual manera, Fonseca (2022) expresó:

> …el médico familiar a través de la visita domiciliaria o entorno comunitario hace una tamización en primera persona … porque es … quien ve los problemas o necesidades dentro de la familia y comunidad, y establece aquellos que requieren un análisis estructural de salud. Ese es el cambio de paradigma, que presentan estos procesos de formación del médico familiar en comunidad.

En este sentido se puede reafirmar que la visita domiciliaria constituyó una de las estrategias fundamentales para la recepción de pacientes en situación de necesidades de salud, tanto por parte del médico general como del especialista en medicina familiar. Cabe resaltar, que muchas familias con miembros que padecían alguna enfermedad no estaban siendo asistidas, debido a que desconocían la presencia de la enfermedad.

La práctica comunitaria para residentes en medicina familiar define una experiencia didáctico- pedagógica y crítica en el aprendizaje, que contribuye al establecimiento de una relación humanista y participativa entre el médico y el paciente. Es un hecho que la medicina comunitaria, si bien busca transformar realidades e incidir en el desarrollo social y cultural de las comunidades, también constituye una estrategia pedagógica orientada a romper el paradigma educativo *flexneriano*, tradicional en la formación médica y de los profesionales de la salud en América Latina, hacia uno de carácter crítico-social.

Es así como lo expresan los residentes ante la pregunta:

En su condición de residente, ¿cómo vivieron la visita domiciliaria en la relación médico - familia y/o médico – paciente?

Al respecto la residente Roncancio (2022) afirma:

> Existen algunas estrategias en la relación médico – pacientes, que son generales en todos los escenarios, por ejemplo, en el caso de hacer una historia clínica individual que también se hace en la visita domiciliaria. Sin embargo, el abordaje para identificar es diferente, porque con la visita se complementa la situación que existe alrededor de la familia … en la visita domiciliaria el médico familiar ve todo su entorno, donde está viviendo, con quién está viviendo, que necesidades tiene...

En este mismo sentido, Fonseca (2022) expresa:

> … la relación médica – paciente… se horizontaliza, porque, el médico va al entorno de la familia o de la persona, entonces, no se siente tan empoderado, porque la persona no va directamente a buscar ayuda… existe una relación de respecto, porque está en la casa de la familia y no está en el consultorio, esto cambia su actitud… también se obtienen hallazgos de patología que puede ser incidental… esto permite la canalización del problema y el paciente hacia la atención pertinente.

Por su parte, la residente Igua (2022) reconoce:

> La experiencia de aprendizaje a partir de la visita domiciliaria se basa en la comprensión de los factores biopsicosociales que afectan el proceso de salud y enfermedad. Mediante esta se puede reconocer barreras y facilitadores de acceso a la atención a los servicios de salud como la geolocalización y sus elementos socioculturales. Así mismo agrega: A través de la visita domiciliaria se puede realizar actividades de conformidad con la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud establecidas en la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud) en los diferentes cursos de vida. Así se pueden abordar las remisiones en cumplimiento a los objetivos establecidos en la política pública.

El sentido del ejercicio médico a través de la práctica comunitaria cambia puntualmente la relación médica – paciente y médico – familia, tal como lo expresan los residentes en los relatos expuestos "vuelve la relación más horizontal". Esta es una oportunidad esperada, desde las propuestas sobre medicina social expuestas por Juan Cesar García:

> Las relaciones de la medicina con la estructura social son innegables y, sin embargo, han sido oscurecidas por el tipo de análisis prevalente en este campo. La práctica médica, la formación del personal de salud y la producción de conocimientos médicos están ligados a la transformación histórica …" (García, 2008, pág., 2)

¿Cómo analiza el médico residente la APS a partir de la visita domiciliaria como herramientas de atención a la familia?

Al respecto Maldonado (2022) afirma:

> … la consulta en la visita domiciliaria, permite que el médico familiar se constituya en un actor del sistema altamente resolutivo y costo-efectivo; por varios elementos: hace identificación temprana de factores de riesgo, patologías presentes, recursos disponibles por el entorno familiar, identificación de barreras de diferente tipo como: familiares, sociales y del sistema; permite una intervención temprana en los escenarios identificados, a través de conocimiento especializado, y un abordaje holístico de las condiciones de salud del núcleo familiar, conduce a la optimización del uso de recursos, no solo del sistema de salud sino también, de todos los demás humanos, físicos etc.

Además, Igua (2022) opina:

> La APS es una estrategia que incluye promoción de la salud, prevención de la enfermedad, autocuidado, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, bajo el enfoque de prevención primaria, secundaria terciaria y cuaternaria y se emplea en la visita domiciliaria como una herramienta estructurada, la cual permite reconocer a través de elementos

como Familiograma, ecomapa, APGAR, la estructura familiar, sus relaciones, roles, y riesgos interpersonales y contextuales; además, bajo el enfoque preventivo, permite un abordaje integral de cada miembro, favoreciendo el autocuidado, la gestión del riesgo, el reconocimiento e intervención de crisis normativas, no normativas; con estrategias como terapia de familia, intervención breve, identificación y movilización de recursos familiares bajo el enfoque de la teoría de los sistemas, para una mayor comprensión del proceso salud- enfermedad y la determinación social.

Si bien la visita domiciliaria es una técnica de recolección de información, es también una estrategia de abordaje familiar que permite una reflexión conceptual y teórica desde la perspectiva de la realidad: teoría de la familia sistémica, teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987), DSS, entre otros. Es decir, logra poner en contexto el mundo de la vida, soportad0 en marcos de referencia que le permiten la reflexi ón y reconceptualización cultural.

En resumen, la visita domiciliaria aportó valor agregado a la práctica comunitaria, lo cual redunda en beneficio de los usuarios, el aumento y efectividad de prestación del servicio de instituciones sociales y educativos, enmarcadas en las políticas para el desarrollo comunitario en territorios del ámbito rural.

Educación y promoción de la salud en entornos poblaciones del territorio

La Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud de Colombia establece los entornos como "los escenarios de vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan constituyen su vida subjetiva, construye vinculo y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen" (pág., 19). Asimismo, plantea como escenario de transformación los entornos: hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional.

El propósito de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) es desarrollar competencias metodológicas para la

implementación del proyecto comunitario y académico orientado a la formación de talento humano en salud. Su enfoque busca, según la Resolución 3280 de 2018, "contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud y al desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante la atención integral en salud en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad" (Ministerio de Salud, p. 16).

Así mismo, este proceso pedagógico, también busca contribuir a la generación de resultados de impacto, como los propuestos por la misma norma: "cambios esperados en las personas, familias y comunidades; relacionados tanto con las acciones sectoriales e intersectoriales sobre los - DSS, así como del logro de los resultados intermedios o de efecto derivados del conjunto de atenciones/ intervenciones contempladas en las rutas integrales de atención en salud" (Ministerio de Salud, 2018, p. 16).

Sin duda, cuando se trata de un plan de acción en el ejercicio de la práctica comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es pertinente acudir a un concepto de gran trascendencia en los procesos de la medicina familiar y la APS como lo es la acción comunitaria para la salud. Esta ha sido definida por la OMS como "los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los - DSS y en consecuencia para mejorar la salud" (OMS, 1998, p. 15).

En este apartado se puede encontrar una reflexión sobre lo que significó la experiencia educativa en contexto, a través de los entornos reconocidos por el Ministerio de Salud de Colombia: hogar/ familia, instituciones educativas, comunitarias e Institucionales. Se proyectaron actividades educativas en aspectos relacionadas con formación de formadores en educación para la salud, investigación y gestión del riesgo, dirigidas a funcionarios del municipio (alcaldía y ESE) estudiantes y docentes de las instituciones educativas

(Institución Educativa Santa Cruz e Institución Técnica Educativa Sote Panelas) y funcionarios de la ESE Centro de Salud del Municipio de Motavita.

Los temas abordados fueron: epigenética y neurodesarrollo, estrategia para la educación y la promoción de la salud, salud mental, rutas de atención integral y algunas enfermedades prevalentes por curso de vida. A través de la visita domiciliaria se realizaron actividades asistenciales, educativas y gestión del riesgo.

La dinámica de interacción social y educación se realizó mediante metodologías participativas, entre las que se destacan el autodiagnóstico comunitario, la construcción árboles de problemas y soluciones fundamentadas en la teoría del cambio, (Cassetti y Paredes-Carbonell, 2020), los diálogos conversacionales con los rectores y profesores de instituciones educativas, la asistencia clínica, la construcción de redes de apoyo con los organismos administrativos del municipio: alcaldía, comisaría de familia, secretarias de gobierno, desarrollo y planeación, la ESE centro de salud, las instituciones educativas y la comunidad a través de las familias. Igualmente, se contó con el apoyo de la secretaría de salud y otras instituciones de salud del departamento de Boyacá.

Los principales problemas detectados relacionados con la salud comunitaria fueron: enfermedades prevalentes por curso de vida, inseguridad alimentaria, acceso inoportuno a métodos anticonceptivos, enfermedades crónicas en la adultez, disfunción familiar, patologías mentales, consumo problemático de alcohol, deserción escolar. Estas problemáticas tienen consecuencias significativas, como el inadecuado uso del tiempo libre y la limitación en el desarrollo del proyecto de vida, principalmente debido a las barreras asociadas con los determinantes sociales de la salud.

Formación de formadores en Epigenética y Neurodesarrollo: perspectiva para la educación en salud

La formación de formadores en Epigenética y Neurodesarrollo es una actividad que surge de la necesidad de generar cambios desde el origen mismo de la vida, es decir, desde la gestación, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de las nuevas generaciones. En este apartado se hace un análisis de procesos educativos para funcionarios y profesionales de la administración municipal, madres gestantes, adolescentes y docentes del municipio de Motavita.

Entere el 2019 y 2020 se desarrolló el proyecto titulado: "Epigenética y Neurodesarrollo para Boyacá, una nueva campaña libertadora a través de la gestación y la primera infancia", ejecutado por la Gobernación de Boyacá y la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Como parte de esta iniciativa, se diseñó un kit pedagógico compuesto por cinco temáticas fundamentales: planeando la familia como proyecto de vida; la gestación define lo que somos; la lactancia y la nutrición como base de la inteligencia y la salud del niño; las familias constructoras de paz; y creciendo con agricultura saludable y un ambiente libre de tóxicos.

Se inició un proceso de formación con funcionarios de la alcaldía y la ESE del municipio de Motavita, con el objetivo de prepararlos para hacer uso adecuado de este material didáctico. Se buscó no solo ofrecer herramientas útiles para la vida personal de los participantes, sino también prepararlos como formadores en los temas de epigenética y neurodesarrollo.

Es un hecho que las temáticas tratadas fueron de gran relevancia tanto en la exploración del conocimiento, como en la formación de replicadores. La realidad evidencia que las familias visitadas por los residentes de medicina familiar presentan características disfuncionales[11] que se originan desde el mismo momento de la

11 Estas familias son visitadas debido a que han sido priorizadas por su situación de disfuncionalidad

concepción y gestación, y que se extienden a las demás fases de curso de vida.

Las características que identifican a las familias como disfuncionales se manifiestan en una clara ausencia de educación en salud sexual y reproductiva, lo que conlleva a embarazos en adolescentes o embarazos no deseados; comportamientos, actitudes y prácticas nocivas en las dinámicas, relaciones e interacciones entre los miembros del grupo familiar, dando lugar a conflictos no resuelto o en general a violencia intrafamiliar; abuso sexual a menores de edad, frecuentemente cometido por algún miembro del mismo grupo primario; y alteraciones del neurodesarrollo, un aspecto que se deriva particularmente de acciones de la vida cotidiana y de aspectos culturales. Estas problemáticas que padecen las familias en el municipio de Motavita están ligadas a la pobreza y, por supuesto, a ausencia de una educación que los provea de empoderamiento para un mejor vivir.

En este sentido, hablar de educación para la gestación, la primera infancia y la infancia es más que nunca relevante. Estamos completamente seguros que los procesos de educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y abogacía para la salud —condiciones definidas por la OMS— deben iniciar desde la gestación. El verdadero cambio comienza en el embrión, no en el adulto que repite el circulo vicioso de la cultura y las prácticas de vida cotidiana. En esta primera etapa de la vida se forja el cerebro, y es ahí donde se requieren entornos, ambientes y culturas saludables que promuevan el bienestar y un desarrollo integral. Solo así podemos hablar de transformación social.

Para la comprensión de los DSS, debe existir una completa relación de análisis entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Petty (1623 –1687) citado por Echeverry Hernández, (2010, p. 48) sostiene que la estructura demográfica y los factores sociales, económicos y culturales están en estrecha correspondencia histórica con la situación de salud. Bajo estos parámetros conceptuales se realizó el proceso de formación de formadores a residentes, funcionarios de

la alcaldía, personal del centro de salud Motavita, madres gestantes y docentes de las diferentes instituciones educativas del municipio.

Se puede concluir que la formación de formadores sobre Epigenética y Neurodesarrollo es un proceso educativo que busca comprender la familia como un sistema ecológico del desarrollo humano que atraviesa todas las fases del curso de vida. Docentes, adolescentes y madres gestantes se constituyen en los grupos poblacionales más pertinentes en dicha formación.

Se evidencian diversos enfoques educación: para la vida, el desarrollo social, cognitivo y económico, para la ciudadanía, entre otros. No obstante, puede afirmarse que la educación en la contemporaneidad se encuentra ampliamente ligada, como en ninguna otra época, a la construcción y gestión del conocimiento. En este sentido la educación fue perdiendo su estatus de formación integral, para dedicarse a la transmisión de conocimientos, en detrimento de la formación en valores, criterios éticos, resolución de conflictos, convivencia y supervivencia y, en general, prácticas de vida saludables. Esta situación se refleja en las condiciones negativas que definen los determinantes sociales de la salud (DSS) en los ámbitos familiar y comunitario, especialmente en las zonas rurales.

Al tomar estos aspectos como referencia, se requiere volver la mirada hacia la historia y recuperar prácticas en las que la educación estuvo estrechamente ligada a la salud. A tal punto, que a principio del siglo XX existía Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública (1927). En la actualidad, esta relación se halla completamente desvinculada de los procesos tanto formativos como educativos. No obstante, se requiere con urgencia que la escuela y el currículo de formación básica surjan de estrategias que vuelvan la mirada hacia la educación y promoción de la salud.

Se realizaron talleres formativos a docentes del municipio de Motavita sobre epigenética y neurodesarrollo, en el marco de jornadas pedagógicas, inicialmente con la participación de cuarenta

y cinco (45) docentes y, posteriormente con grupos focales en dos instituciones educativas. El objetivo estuvo orientado a formar los conceptos básicos de epigenética y neurodesarrollo y comprender el uso del kit pedagógico y didáctico, con el fin de ampliar el alcance educativo de los docentes hacia las familias de sus estudiantes.

Para el desarrollo de los talleres pedagógicos, los participantes se organizaron en cinco (5) subgrupos de trabajo, cada uno dirigido por un médico residente. Estos lideraron la exposición del material didáctico y los contenidos incluidos en los kits pedagógicos. El propósito de cada grupo focal fue el reconocimiento teórico práctico de cada módulo, el material contenido y la socialización del contenido aprendido con los participantes. Se alcanzó la socialización del 100% de los contenidos y la apropiación del conocimiento. Sin embargo, se requiere de articulación departamental para la evaluación, seguimiento e intervención de estas estrategias en el largo plazo, con el fin de evidenciar el impacto social en salud.

Los problemas de la infancia y la adolescencia son determinantes *biopsicosociales* que inciden en el crecimiento, desarrollo, aprendizaje y comportamiento general durante la vida de los sujetos. Sí estas prácticas son negativas, perpetúan el circulo de la pobreza y el atraso sociocultural de las comunidades. Por ello, es deber de las instituciones educativas y de salud salvaguardar a las futuras generaciones desde su origen. Esta es una función estrictamente necesaria en la formación de docentes, quienes son los llamados a cumplir con esta labor en las primeras etapas de vida de los sujetos.

La experiencia del trabajo intersectorial y multisectorial constituye una herramienta pedagógica para la formación en salud, particularmente con médicos de familia, en áreas de gestión, investigación, proyección social y asistencia clínica. Esta produce dinámicas creativas en estrategias de pedagogía social para el trabajo con comunidades, la implementación de política pública y, en general, la educación del cuidado y autocuidado.

En conclusión, la actividad de formación de formadores con docentes de las instituciones educativas del municipio constituyó

una importante fuente de conocimiento sobre el desarrollo humano. Como se ha venido expresando, estos aportes del conocimiento científico deben trascender las fronteras de la escuela hacia la familia y las comunidades.

Educación y promoción para la salud a madres gestantes

La APS es una estructura tridimensional en la cual se encuentran el individuo, la familia y la comunidad como ejes centrales en la educación/atención, sostenidas en su base mediante el sistema de salud. Para el desarrollo de las acciones del proyecto comunitario, se estableció un acuerdo con la gerencia del centro de salud de Motavita, lo cual permitió dar cumplimiento a una serie de actividades en educación para la salud. Se buscó con ello, crear empoderamiento, responsabilidad, ciudadanía y el cuidado para una vida saludable desde la gestación y la primera infancia. Se tom**ó** como base la programación mensual que el centro de salud venía desarrollando con madres gestantes.

Las políticas de primera infancia en Colombia están ampliamente comprometidas y constituidas hacia la búsqueda de un equilibrio nutricional, afectivo, asistencia para padres y cuidadores, cuidado infantil de calidad, atención primaria de salud y protección social. Los problemas que rodean este grupo etario, en zonas rurales de diferentes contextos, siguen siendo endémicos: madres y/o padres adolescentes, niños y niñas en estado desnutrición crónica lo que afecta el desarrollo físico y cognitivo; y desnutrición aguda, que puede conducir a la muerte. También se presenta violencia doméstica e infantil, expresada en maltrato físico, psicológico, abandono temporal o permanente, abuso sexual, ausencia afectiva y falta de controles del desarrollo integral infantil. Esta situación se agudizó durante los años de la pandemia por la COVID-19.

Irwin, Arjumand Siddiqi y Hertzman, (2007, p. 5) expresan que:

> Los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital… estudios revelan que muchos de los desafíos afrontados por la

> población adulta (problemas de salud mental, obesidad/ retardo en el desarrollo, enfermedades cardíacas, criminalidad, habilidad numérica y de lecto-escritura) tienen sus raíces en la primera infancia.

Para el desarrollo de las actividades propuestas, se utilizaron las bases de datos de la población gestante municipal A las participantes se les capacitó en temas como el autocuidado, la importancia del control prenatal, el reconocimiento temprano de patologías durante la gestación y la primera infancia, epigenética, neurodesarrollo, lactancia materna y nutrición. Lo anterior resaltó los beneficios de la puericultura y resultados positivos en el vínculo materno-perinatal, protección del sistema neuronal inmunitario, cerebral, del microbiota intestinal y la prevención de aparición de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles. El material empleado fue el kit de epigenética, así como material didáctico propio, incluyendo juegos.

Dentro de los hallazgos y lecciones aprendidas, se rescata la disposición de las gestantes para aprender nuevos conocimientos para el bienestar de sus hijos. Se evidenció una gran heterogeneidad en los niveles educativos de las asistentes, que iban desde la básica primaria —en su mayoría— hasta estudios universitarios y de posgrado. A pesar de esta diversidad, la mayoría desconocía aspectos clave sobre nutrición y cuidados relacionados con un adecuado proceso nutricional. También se identificó la influencia de factores culturales como determinantes en la elección de alimentos, siendo estos predominantemente ricos en carbohidratos y pobres en proteínas y minerales. Esta situación se agrava si se considera que los cultivos locales más comunes —como papa, trigo y cebada— son fuentes principales de carbohidratos.

Consulta por medicina familiar

En la consulta con medicina familiar, los médicos residentes del programa de Medicina Familiar de la UPTC se basan en la teoría de los sistemas de Urie Bronfenbrenner, quien concibe la salud-

enfermedad como un proceso acumulativo de cada etapa de la vida. Este enfoque se complementa con el pensamiento complejo, el enfoque de riesgo, curso de vida, prevención, promoción, autocuidado, mantenimiento de la salud, prevención primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria, detección precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos.

Para elaborar la historia clínica se emplean herramientas de investigación clínicas, psicológicas y sociales (familiograma, ecomapa, Apgar familiar, etc), lo que permite así una evaluación integral del individuo según el contexto. La historia clínica en medicina familiar se estructura en torno a cuatro ejes fundamentales:

1. Ciclo vital individual
2. Ciclo vital familiar
3. Problemas con enfoque biopsicosocial
4. Riesgos

La consulta por medicina familiar, en escenarios de baja complejidad de atención, tiene como objetivo resolver los problemas en salud de las personas y las familias que son atendidas. El papel que cumple la práctica comunitaria formativa, a través de la consulta, busca consolidar los procesos teórico – prácticos de las herramientas y conocimientos adquiridos en los diferentes escenarios clínicos formativos.

A diferencia de la historia clínica convencional, la historia clínica en medicina familiar agrupa y analiza la información de forma tal que facilita la integración de escalas y herramientas de otras especialidades, promoviendo la atención integral. El análisis incluye las crisis normativas y no normativas en el ciclo vital individual, así como los momentos de transición significativos en el ciclo vital familiar.

El análisis de problemas permite abordar desde síntomas y signos hasta diagnósticos formales, agrupándolos en categorías etiológicas

o sistémicas, ordenados topográficamente o por su tiempo de evolución, lo que permite al médico establecer un orden de intervención según la priorización que dé a cada problema. Además, incorpora elementos de otras especialidades según los momentos de ciclo vital, como el diagnóstico nutricional, mental, funcional y social. La identificación de riesgos permite implementar estrategias preventivas, tamizajes y guías anticipatorias para el mantenimiento de la salud.

Las estrategias de intervención incluyen comunicación y educación al paciente, autocuidado, cuidado de la familia y su entorno, movilización de recursos del sistema de salud y del paciente. La historia clínica se basa en principios éticos de beneficencia y autonomía, lo que orienta las acciones del médico en beneficio del paciente y con respeto a sus decisiones. La historia clínica concluye con la formulación de posibles líneas de investigación relacionadas con los problemas identificados.

En el transcurso de la práctica y ejecución del proyecto comunitario, en el periodo comprendido entre el 2021 y 2022, se ejecutaron aproximadamente 224 consultas por medicina familiar, con asistencia a pacientes de diferentes ámbitos de curso de vida. Estas consultas se realizaron en cumplimiento de las citas otorgadas directamente por al centro de salud, inducidas por instituciones educativas, la Comisaría de Familia o resultado de visitas domiciliarias realizadas por los médicos residentes del programa.

Conclusiones

Las intervenciones desarrolladas en el marco del proyecto comunitario, implementado mediante la metodología investigación – acción participativa (IAP) para la promoción y mantenimiento de la salud con población rural vulnerable, permitieron fortalecer la estrategia de APS en Motavita, bajo los marcos normativos, epistemológicos y teóricos en favor de la población de Motavita. Estas acciones favorecen a la población en los diferentes ámbitos del curso de vida y los entornos, promoviendo la agencia del cambio y la determinación social.

Es labor de los profesionales y del talento humano en salud el abordaje integral del proceso salud enfermedad desde la comprensión e intervención de los DSS para favorecer el máximo ahorro en salud, la calidad de vida y el bienestar individual, colectivo y poblacional. Este modelo de abordaje permite, además, alcanzar beneficios colectivos como disminución en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos de salud mental, neoplasias y discapacidades, con lo cual se busca reducir los altos costos en salud y los años de vida perdidos asociados a la discapacidad.

En el campo pedagógico, el proyecto comunitario como asignatura transversal para la formación de especialistas en medicina familiar, constituye una herramienta didáctica, metodológica y epistemológica que conduce al logro de resultados de aprendizaje y de competencias del hacer, saber, saber hacer y comunicativas, en contextos clínicos, investigativos, proyección social, gestión de riesgo e intersectorialidad. Constituye, también, un aporte fundamental a la creación de pensamiento analítico y crítico del talento humano en formación.

No obstante, lo más importante, es sin duda, el valor agregado referido a la prestación del servicio en coherencia a un modelo de atención integral de salud del cual se benefician las comunidades en este territorio.

Referencias

Bronfenbrenner, U, (1987). Ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós.

Cassetti V y Paredes-Carbonell J.J, (2020). La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria. *Gac Sanit. 2020;34(3):305–307, https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.002*

Cubillo, X. (2009). Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. *Medwave* 2007 Ago;7(7): e949 doi: 10.5867/medwave.2007.07.949.

Echeverri Hernández, J. V (2010). Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. *Revista de Psicología, Universidad de Antioquia. Vol. 2. No.4. Julio - diciembre.* http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n2/v2n2a5.pdf

Erwin, Lori G., Siddiqi, Arjumand, Hertzman, Clyde (2007). Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecualizador. Informe final para la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud, https://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf

ESE Centro de Salud Motavita. 2019. Análisis de Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, municipio de Motavita Boyacá, https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/asis2019/asis_motavita_2019.pdf

García JC. (2008). Las ciencias sociales en medicina. *Rev Cubana Salud Pública v.34 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008.* Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400018

Gobernación de Boyacá. Plan de Desarrollo 2020 – 2023. Pacto social por Boyacá: Tierra que sigue avanzando,

http://www.boyaca.gov.co/images/planes/2020/DIAGNOSTICO-I.A.J.F.-19.05.2020.pdf

Gobernación de Boyacá y Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (2020). Epigenética y Neurodesarrollo para Boyacá. Una nueva Campaña Libertadora a través de la gestación y la primera infancia. Buhos editores limitada. Tunja.

Lovo, J (2021). Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar Ian McWhinney: Os Nove Princípios de Medicina de Familia. *Archivos de Medicina Familiar, Volumen 23 (2) abril-junio 2021,* chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212f.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Orientaciones para la intersectorialidad, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-intersectorialidad.pdf

Ministerio de salud y Protección Social de Colombia. (2018). Resolución 3280 de 2018.

Municipio de Motavita, 2020. Plan de Desarrollo Municipal, PDM. "Construyendo Progreso para Motavita 2020 -2023 https://motavitaboyaca.micolombiadigital.gov.co/sites/motavitaboyaca/content/files/000412/20559_pdmmotavita20202023-1.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS,1998). Promoción de la Salud Glosario, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=EF42EAF1506CE703A4975DF0D029E3FA?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2009), Comisión sobre determinantes sociales de la salud, Informe de Secretaría, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdfv Municipio de Motavita, (2020). Plan de desarrollo de Motavita 2020-2023

7. Experiencia pedagógica con médicos familiares en comunidades rurales, en el municipio de Toca - Boyacá

Carolina del Pilar Torres- Tovar[1]
Universidad Juan de Castellanos
carolina.torres01@uptc.edu.co

Elkin Enrique Aarón-Movilla[2]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
kikeando171@gmail.com

Claudia Tatiana Salamanca- Velandia[3]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Grupo de Investigación Atención Primaria de Salud
claudia.salamanca@uptc.edu.co

El médico familiar desempeña un papel fundamental en la garantía de la salud integral de los sujetos, familias y comunidades, superando el paradigma de la salud vista desde lo bioclínico. Su labor amplía el espectro de comprensión a través de enfoques

1 Trabajadora Social de la UIS, Magister en Desarrollo Educativo y Social de la UPN- CINDE Bogotá. Docente catedrática de la Especialidad de Medicina Familia de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8121-4163

2 Médico cirujano, Médico especialista en salud ocupacional y riesgos Laborales y Especialista en Medicina Familiar de la UPTC. Docente catedrático de la Especialidad de Medicina Familia de la UPTC

3 Médica de la UPTC, Especialista en epidemiología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB y Especialista en Medicina Familiar de la UPTC. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6702-2448

ecosistémicos y holísticos, entendiendo que las situaciones de salud de las personas dependen de los determinantes sociales en salud (DSS) y por el impacto que generan los diversos entornos en los cuales se desenvuelve el sujeto. Por tanto, lograr mejores niveles de salud en los habitantes de un territorio dependerá de las acciones intersectoriales y transdisciplinares que responden a las necesidades propias de las comunidades, con fundamento en la atención primaria en salud (APS).

En este contexto, el programa de especialización en Medicina Familiar con enfoque familiar y comunitario contempla, dentro de su malla curricular en formación posgradual, la asignatura de Proyecto comunitario[4]. A través de esta, se implementa procesos de acción social en salud comunitaria en los municipios, ajustándose a las dinámicas, recursos, complejidades y características de un territorio con una alta ruralidad. Dichos proyectos buscan construir, de manera participativa, estrategias para transformar las inequidades en salud en un territorio, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la comunidad que participa en los mismos.

Uno de los municipios donde se desarrolla esta asignatura es Toca. Desde el año 2021, surge la experiencia formativa del proyecto comunitario *Toca Previene: Prácticas de cuidado que favorecen la salud familiar en habitantes del Municipio de Toca – Boyacá*[5]. Este municipio, por sus características geográficas, económicas, culturales, ambientales y sociales, se enmarca dentro de las ruralidades y nuevas ruralidades en un departamento con vocación rural.

Teniendo en cuenta el reto pedagógico que implica el aprendizaje basado en proyectos (ABP), así como el aprendizaje colaborativo,

4 Asignatura con carga académica y número de créditos dentro de la malla curricular posgradual, consistente en la asignación de dos docentes (un médico familiar y un docente psicosocial) acompañando de un número de residentes que asisten semanalmente al municipio asignado a fin de establecer procesos y proyectos de índole comunitaria para aportar en la formación posgradual respecto a las competencias en salud pública, salud comunitaria, Determinantes Sociales en Salud y APS. (Acuerdo NI 027 de 2015)

5 Proyecto que se desarrolla desde el segundo semestre del año 2021 al primer semestre de 2023, en el marco de la asignatura de "Proyectos comunitarios" con la participación activa de residentes de medicina familiar: Myriam Sofía Buitrago Walteros; Yuly Ordoñez Ordoñez; Laura Carolina Plazas Forero; Claudia Tatiana Salamanca Velandia; María Paula Suarez Correa y acompañamiento directo de los docentes Elkin Aarón y Carolina Torres.

se identificó la necesidad de sistematizar la experiencia desde la visión de las residentes asignadas, en relación con su proceso de formación en medicina familiar. El objetivo es analizar la experiencia del proyecto comunitario en mención y cómo este se constituye en una práctica formativa en la especialidad de medicina familiar y comunitaria de la UPTC. Para ello. se establecieron tres categorías de análisis con el fin de identificar lecciones aprendidas y generar recomendaciones para futuras intervenciones en áreas rurales de características similares.

A nivel metodológico, la investigación contó con un enfoque interpretativo-hermenéutico de corte cualitativo, bajo el diseño metodológico de sistematización de experiencias pedagógicas. Se consideraron los cinco momentos propuestos por Oscar Jara (2018) como parte de las fases metodológicas.

Se utilizaron diversas técnicas e instrumentos de investigación: el análisis documental y de contenido, basado en los documentos generados durante la experiencia; la observación participante, a través de diarios de campo de las residentes acumulados durante todo su proceso de participación en el proyecto; técnicas interactivas como grupos de discusión y grupos focales, que incluyeron la elaboración de ensayos reflexivos; y entrevistas semiestructuradas dirigidas a los diferentes participantes del proyecto. Para el procesamiento y análisis de la información de la investigación se utilizó el software Atlas Ti versión 23.1.1.0, licencia L-320-2D3.

Frente a los resultados, estos se presentan según las categorías de análisis. La primera categoría referida a la experiencia de reconfiguración del sentido de la salud familiar y comunitaria, en la cual se identificaron prácticas de cuidado de la salud familiar desde los determinantes sociales de la salud (DSS), la atención primaria en salud (APS) y la identificación de siete momentos particulares en la experiencia. La segunda categoría permitió analizar la práctica formativa de los médicos familiares a través de proyectos comunitarios en salud, destacando el desarrollo y fortalecimiento de habilidades personales y competencias profesionales. Finalmente,

la tercera categoría permitió reconocer los principios de la medicina familiar y comunitaria como vivencia en la práctica formativa, analizando la continuidad (temporal, espacial e interdisciplinaria), la integralidad (visión holística y coordinación del cuidado), la acción comunitaria, el enfoque preventivo y la educación familiar.

Como conclusiones del estudio, se observó que la práctica formativa del médico familiar, a través de proyectos comunitarios, le permite acercarse a las realidades sociales y comunitarias para comprender y aplicar los principios de la medicina familiar en contextos rurales. Se requiere implementar habilidades como la comunicación y la empatía para el fortalecimiento de las competencias clínicas y comunitarias. Asimismo, el principio de la medicina familiar que mayor presencia tuvo en la experiencia fue la integralidad (visión holística), concluyendo que el proyecto comunitario permite no solo el desarrollo de habilidades y competencias requeridas en la especialidad, sino la apropiación y comprensión vivencial de los DSS y la APS. Finalmente, sistematizar la experiencia permitirá identificar lecciones aprendidas y generar recomendaciones para futuras intervenciones y experiencias pedagógicas.

Estrategia pedagógica para la transformación de paradigmas en medicina familiar y su articulación con la APS y DSS

Se ha reconocido a la especialidad en Medicina Familiar como una especialidad integral que permite implementar las actividades médicas necesarias bajo los principios de la APS, con un enfoque centrado en la persona, promoviendo el cuidado del individuo, su familia y la comunidad (Hernández et al., 2019), En el campo de la medicina, la intersección entre la salud comunitaria y la formación profesional de médicos residentes en medicina familiar es de vital importancia para transformar paradigmas. La implementación de estrategias de aprendizaje basado en proyectos comunitarios (ABPC) busca no solo fortalecer las habilidades clínicas de los residentes, sino también cultivar una comprensión profunda de los Determinantes Sociales de la Salud y de la complejidad de los sistemas en los que operan.

El ABPC, en el contexto del proceso de enseñanza-aprendizaje, es una estrategia educativa que trasciende los límites del aula y coloca directamente a los médicos residentes de la especialidad en medicina familiar en la realidad tangible de las comunidades (De Miguel, 2006). En este sentido, se busca integrar el aprendizaje académico con la participación activa en proyectos prácticos destinados a abordar problemas reales en comunidades reales, logrando que el aprendizaje sea significativo y fortaleciendo las habilidades para la resolución de problemas en el ejercicio de un pensamiento crítico (Mergendoller, Maxwell & Bellisimo, 2006), así como habilidades de aprendizaje autónomo, mantener la mente abierta y recordar lo aprendido durante un periodo de tiempo más largo que con estrategias tradicionales (Mioduser & Betzer, 2007).

Esta conceptualización coloca un énfasis fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje, considerando tanto la experiencia educativa de los residentes, como el impacto directo en la comunidad, al permitir la identificación de problemas, diseño de soluciones creativas y trabajo en equipo con miembros de la comunidad para implementar y evaluar sus proyectos. Este enfoque inmersivo permitió a los estudiantes aplicar teorías y habilidades en contextos del mundo real, lo que mejora su comprensión sobre los DDS y facilita una mayor retención del conocimiento.

El proyecto comunitario en la formación posgradual del médico familiar tiene como concepto central la APS, un enfoque en salud orientado a garantizar el mayor y mejor nivel posible de salud y bienestar, centrándose en las necesidades de las poblaciones a lo largo de su vida. Esta atención se inicia con procesos de promoción, continúa con la prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación, y culmina en cuidados paliativos, considerando los entornos de interacción de las personas (ONU & UNICEF, 2019).

Por otra parte, estos proyectos ofrecen a los médicos residentes la oportunidad de participar activamente en la APS, trabajando en estrecha colaboración con la comunidad para identificar y abordar las necesidades de salud, reflexionando sobre el continua salud –

enfermedad en la comunidad. Asimismo, les permiten acercarse al método científico y desarrollar habilidades para el trabajo grupal y en equipo, reconociendo la importancia de un equipo interdisciplinario para la atención integral en salud (Braida, J. et. al., 2010; Harzheim, et. al., 2008).

Apropiar un enfoque de atención integral requiere la comprensión de los DSS, entendidos como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que impactan en su salud y calidad de vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Factores como el acceso a educación, vivienda, empleo, alimentación y atención médica juegan un papel crucial en la determinación de la salud de una comunidad. Además, el análisis más profundo y estructural respecto a las inequidades en salud presentes en los territorios, otorga mayor responsabilidad a los Estados para resolver y disminuir las brechas existentes al respecto (Marmot & Wilkinson, 1999; Mejía., 2013).

Los médicos residentes, al sumergirse en proyectos comunitarios, analizan críticamente cómo estos determinantes afectan la salud de la población en las que se encuentran. Al integrar intervenciones que abordan no solo las necesidades médicas, sino también las sociales, económicas y culturales, los residentes contribuyen a la creación de soluciones más efectivas y sostenibles. La colaboración con trabajadores sociales y otros profesionales del área de la salud fortalece aún más la capacidad de abordar los determinantes sociales de manera integral (Cruz Gómez, et. al., 2017).

Los residentes de la especialización de medicina familiar, al participar en proyectos mencionados, desarrollan una comprensión más profunda de cómo las intervenciones en un nivel pueden afectar los entornos, promoviendo un enfoque holístico en su práctica futura. Asimismo, adquieren habilidades comunicativas, empáticas y de trabajo en equipo e interdisciplinarias en terreno que posibilitan su inserción en escenarios familiares y comunitarios. Por otra parte, desarrollan competencias investigativas, clínicas, intersectoriales y comunitarias, todas vitales en su desempeño como especialistas médicos en el área de medicina familiar.

De esta manera se implementa el proyecto comunitario desarrollado en el Municipio de Toca denominado: *Toca Previene,* desde el cual se realiza la presente sistematización de experiencia[6], teniendo en cuenta la experiencia de los residentes desde su proceso de formación posgradual y su participación en dicho proyecto. Esto llevó a plantear la siguiente pregunta de investigación para la presente sistematización: ¿Cómo contribuyen los proyectos comunitarios en salud a la formación posgradual frente a habilidades y competencias en medicina familiar en contextos rurales?

El objetivo central del estudio fue analizar la experiencia del proyecto comunitario *Toca Previene* y cómo éste se constituye en una práctica formativa en la especialidad de medicina familiar y comunitaria de la UPTC. Los objetivos específicos se definieron en tres momentos: primero, a partir de la reconstrucción de la experiencia pedagógica del proyecto comunitario; segundo, mediante el análisis de los aportes que, a nivel de habilidades personales y competencias profesionales, adquiere el médico familiar al participar en el equipo de trabajo base; y tercero, mediante la descripción de las relaciones entre dichas competencias y habilidades con la implementación de los principios de la medicina familiar, con el fin de generar recomendaciones que enriquezcan futuros procesos a partir del análisis de la experiencia del proyecto *Toca Previene.*

Experiencia de reconfiguración del sentido de la salud familiar y comunitaria

Este apartado muestra los resultados desde las categorías y objetivos específicos definidos para la sistematización de la experiencia, denominando cada categoría de manera figurativa, pero que, a su vez, encierra la centralidad de los objetivos establecidos. De esta manera, para el objetivo y categoría 1, relacionada con la reconstrucción de la experiencia, se utilizó el título "Toca previene: Una experiencia de reconfiguración del sentido de la salud familiar y comunitaria para residentes de salud familiar".

6 Es preciso recalcar aclarando que la sistematización, si bien se realiza en el marco de este proceso, se define tomar solamente el proceso formativo como escenario de práctica de experiencia de aprendizaje

La segunda categoría, relacionada con las habilidades y competencias profesionales, se ha denominado "La práctica formativa de médicos familiares a través de proyectos comunitarios en salud; entre el desarrollo y fortalecimiento de habilidades personales y competencias profesionales".

Por último, la tercera categoría, relacionada con las recomendaciones derivadas de las relaciones encontradas en la experiencia de formación, se denominó "Horizontes futuros: Propuestas y recomendaciones para implementar o mejorar proyectos en salud-medicina familiar y comunitaria como práctica formativa".

Teniendo en cuenta la importancia de garantizar el cambio de paradigma en la formación y ejercicio de la medicina se tomó la determinación de implementar un proyecto comunitario en el municipio de Toca, partiendo de una sucinta contextualización del territorio que permitiera identificar algunos de los DSS presentes en el mismo.

Toca se encuentra localizado en la provincia Centro del Departamento de Boyacá, cuya extensión territorial es principalmente rural (99,61%) y con ocho veredas (ESE Centro de Salud de Toca, 2019). Según datos del DANE para el 2023, la población de Toca es de 9329 personas, de las cuales el 50.8% son hombres y 49.2% mujeres; 48.9% de la población habita en el sector rural. Entre las principales problemáticas sociales se encuentran el acceso limitado a servicios básicos como la educación y el empleo, así como la baja disponibilidad de vivienda digna, condiciones que inciden directamente en la salud de la comunidad (DANE, 2024).

según el análisis situacional en salud del municipio de toca, su economía gira en torno a la actividad agrícola y pecuaria, con el desarrollo de cooperativas y la presencia de empresas privadas que generan empleo en el municipio. Sin embargo, la oferta laboral en la zona rural es más limitada, lo que se refleja en un índice de pobreza multidimensional del 43,3%. En cuanto a los servicios públicos, la cobertura de alcantarillado alcanza el 97% en la zona urbana,

pero apenas el 3,45% en la rural, lo que evidencia una marcada desigualdad.

En el ámbito educativo, el 4,7% de la población no sabe leer y escribir. Toca cuenta con tres instituciones educativas oficiales con 16 sedes que atienden un 94,1% del total de estudiantes (ESE Centro de Salud de Toca, 2019).

Respecto a la salud, la principal causa de mortalidad corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de otras causas y, en tercer lugar, las neoplasias. Para el indicador de mortalidad neonatal e infantil, las principales causas son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, seguidas por enfermedades del sistema respiratorio. Entre 2009 y 2018, la principal causa de morbilidad fueron las enfermedades no transmisibles, seguido de condiciones mal clasificadas y, en tercer lugar, condiciones transmisibles y nutricionales. En salud mental, los trastornos mentales y del comportamiento constituyen la principal causa de morbilidad en todos los cursos de vida, seguidos por la epilepsia (ESE Centro de Salud de Toca, 2019).

La experiencia referida tomó como punto de partida la APS y se plantearon una serie de estrategias dirigidas al individuo, la familia y la comunidad. Estas estrategias incluyeron identificación y gestión del riesgo, caracterización familiar, prácticas de riesgo y cuidado de la salud, generación de prácticas protectoras, todas enmarcadas en la promoción de la salud y en la perspectiva de los DSS.

A partir de los resultados de la sistematización y la construcción de la red semántica correspondiente a esta categoría de análisis, se comprendió que la experiencia del proyecto comunitario desarrollado en Toca estuvo orientada a fomentar prácticas de cuidado en salud familiar.

Dentro del sistema familiar, se identificaron prácticas de cuidado en salud que pueden estar asociadas a prácticas de riesgo o a prácticas protectoras, las cuales influyen de manera directa en el estado de

salud de los integrantes y están vinculadas con los DSS, tal como lo planteará una de las residentes participantes:

> Según los agentes, las principales áreas de pobreza se encuentran en la ruralidad […] Durante el tiempo que han trabajado en Toca han observado la necesidad de implementar estrategias que fortalezcan la cultura ciudadana, la formación educativa de los jóvenes y la reducción del consumo de alcohol a edades tempranas (ATLAS. Ti Scientific Software Development GnbH, 2023, Versión 23.1.1.0, p. 14)

Entre las prácticas de riesgo en el cuidado de la salud familiar se identificaron: el desconocimiento de actividades de promoción y prevención, consumo de alcohol, pobre cuidado del cuidador y pobre integración social. A su vez, como prácticas protectoras en el cuidado de la salud familiar, se destacaron: la unión familiar, el apoyo y respeto mutuo, la actitud positiva ante las adversidades, laboriosidad, aseo y ventilación de los hogares, buenas prácticas de manipulación de alimentos, potabilización de agua y lavado de manos en casa (Buitrago et. al., 2023).

Las residentes de medicina familiar reconocen que el proyecto comunitario fue crucial para comprender el enfoque, el cual inicia por materializar las acciones de APS. Esto busca garantizar el mayor grado posible de salud y bienestar, partiendo de las necesidades y contextos particulares de los sujetos, e incluyendo todos los niveles de atención. Se hace énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con una aproximación directa a los entornos y contextos de vida de las personas.

Por otra parte, como una categoría inductiva de la *reconstrucción de la experiencia*, surge el reconocimiento de las etapas y fases de desarrollo del proyecto comunitario[7]. En este sentido, se reconocieron para la experiencia siete momentos de la experiencia:

7 Se recalca que, si bien la literatura sobre formulación y gestión de proyectos define unas etapas genéricas al respecto, cada proyecto en particular puede contar con diversas dinámicas que pueden variar dichas etapas.

1. **Alistamiento del proyecto:** consistió en un reconocimiento preliminar por parte de los actores de la UPTC.
2. **Diagnóstico:** implicó la revisión de fuentes primarias y documentales para comprender las realidades del municipio y definir las prioridades de intervención.
3. **Reorganización del proyecto:** derivada de una de las crisis propias que suelen presentarse en este tipo de procesos.
4. **Planeación de la intervención comunitaria:** consistió en retomar los insumos del diagnóstico, priorizar problemáticas y articular acciones con actores del municipio, definiendo intervenciones tanto individuales como familiares.
5. **Primera fase de intervención:** se realizaron visitas a familias canalizadas desde diferentes fuentes del municipio y se procedió a su caracterización.
6. **Seguimiento y actividades comunitarias:** se continuó con las visitas a las familias focalizadas y se iniciaron actividades comunitarias en articulación con instituciones educativas, dirigidas a adolescentes y padres de familia.
7. **Evaluación y sistematización:** etapa final del proyecto, de la cual se deriva el presente documento.

En cuanto a resultados de la experiencia a nivel individual y familiar, participaron 13 familias en la primera cohorte del proyecto. De estas, tres no continuaron en el proceso, lo que permitió la elaboración de 10 planes de cuidado familiar con actividades de canalización y gestión del riesgo. Se identificaron necesidades en seguridad alimentaria, por lo cual se buscó la articulación con el municipio; sin embargo, las condiciones para acceder a los programas de apoyo no aplicaban a estas familias. En cuanto a canalización y gestión de riesgo en salud, seis familias lograron vincularse con las acciones del Centro de salud de Toca; las demás tuvieron barreras de acceso a servicios por parte de sus prestadores.

A nivel comunitario, se impactaron a 637 personas entre — adolescentes y adultos, incluyendo estudiantes y padres de familia — de las Instituciones Educativas Camilo Torres, sede Tuaneca Arriba e Instituto Técnico Rafael Uribe, sede rural.

Las temáticas priorizadas fueron:

- Uso de pantallas electrónicas y estilos de vida saludable, con un alcance de 197 personas.
- Prevención de violencias de género y violencia intrafamiliar, con 212 personas impactadas.
- Reducción del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, con 228 personas beneficiadas.

Asimismo, se elaboró un material comunicativo compuesto de siete infografías y cuatro videos educativos, con el fin de socializar con la población del municipio y su publicación en páginas oficiales y redes sociales.

La práctica formativa de médicos familiares a través de proyectos comunitarios en salud

Durante la implementación de estos proyectos comunitarios, se adquiere una amplia variedad de habilidades que mejoran la práctica y la capacidad de brindar atención integral y humanizada en el marco de la atención primaria en salud (APS). Comprender la formación de profesionales en salud implica reconocer que el acto educativo es un proceso dinámico y complejo que va más allá de la transmisión de conocimientos teóricos. Experiencias formativas como la cubana y brasileña (Barrêto, et. al, 2019) demuestran que la formación de médicos *familiaristas* repercute en el mejoramiento de indicadores de salud, convirtiendo las intervenciones comunitarias en un elemento fundamental dentro del sistema de salud pública del país.

Para el caso particular de la experiencia descrita, se reconocen las habilidades personales como aquellas cualidades que definen el actuar del especialista médico en todos los entornos donde se encuentre. Estas habilidades permiten su participación activa en transformaciones sociales y económicas del país, centrándose en la familia y los procesos de desarrollo comunitarios con el enfoque de la APS (Cruz, et. al., 2017). Uno de los criterios de formación del médico familiar identificados como vitales son las habilidades comunicativas. Sin ellas, la medicina familiar, o cualquier profesional en salud y social, no podría entablar acercamientos y comunicación personalizada que genere confianza y permita una comprensión mutua. Esta comprensión permite contextualizar los factores que pueden obstaculizar o favorecer el cumplimiento terapéutico, los cuales juegan un papel determinante en los resultados de salud (León y Jaime, 2020).

Según Álvarez Pedrosian (2013), la comunicación una experiencia de encuentros entre subjetividades; por lo tanto, su gestión dialógica es crucial desde la conceptualización de la noción de salud hasta su aplicación. Así, las habilidades comunicativas resultan siendo un elemento sanitario más. Los resultados del análisis de esta experiencia formativa muestran que esta es una de las habilidades más desarrolladas a través del proyecto comunitario, el cual actúa como un pretexto formativo que exige despojarse de jerarquías y dinámicas de poder propias del orden relacional occidental, que suele ubicar al profesional de la salud en una posición de superioridad.

Asimismo, la intervención desde proyectos comunitarios en salud requiere de la empatía, comprendida como en un atributo predominantemente cognitivo que implica una comprensión de las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente, junto con la capacidad de comunicar dicho entendimiento (Villalba Arias et al., 2020). Ser empático debe acompañarse de habilidades y actitudes que permitan despojarse de prejuicios y estereotipos naturalizados por los sistemas culturales, para construir una relación médico-paciente suficientemente sólida para brindar un

tratamiento médico efectivo. Así pues, tanto la comunicación, como la empatía, permitirán el desarrollo de la habilidad de resolución de problemas y el trabajo en equipo, siendo un relato recopilado del proceso investigativo dentro de la consolidación de la línea del tiempo:

> El trabajo en equipo debe ser una cualidad del médico familiar, pues en la mayoría de los casos su desempeñó es en un grupo de trabajo, siendo el líder; una de sus virtudes debe ser la organización de estos y la asignación de tareas partiendo de las características de la meta que se quiere alcanzar y facilitando el trabajo de todos (ATLAS.Ti Scientific Software Development GnbH, 2023, Versión 23.1.1.0, p. 177)

Por otra parte, las competencias profesionales, comprendidas dentro de un rol clínico, comunitario, educativo, gestor e investigador, resultan fundamentales en la formación integral del médico familiar (Salamanca, 2023). La implementación de proyectos comunitarios contribuye en el afianzamiento de estas competencias, ya que permite la aplicación de diversas metodologías de análisis para comprender los fenómenos sociales y de salud, y acercarse a las realidades de las problemáticas que se buscan abordar.

Las competencias clínicas son vitales, ya que incluyen la evaluación de patologías, la caracterización de la estructura familiar, el reconocimiento de alteraciones en la salud mental, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fomento de estilos de vida saludables (González, et. al. 2020). Es de resaltar que, según el análisis de concurrencia de los instrumentos del proyecto, dichas competencias no se encuentran tan presentes ni con una relación tan fuerte con los demás códigos. Esto podría tener diferentes formas de interpretación: por un lado, la intervención comunitaria requiere de otro tipo de intervenciones que no necesariamente son clínicas; por otro lado, podría ser un sesgo de las residentes en su momento al considerar la poca afinidad entre las acciones comunitarias y clínicas.

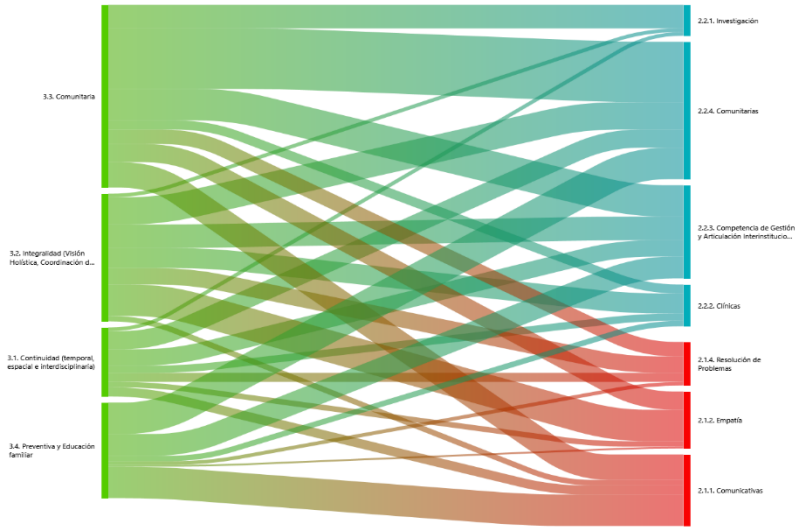
Finalmente, se identifican competencias comunitarias en la formación en medicina familiar, que, aunque parecieran ajenas a las ciencias clínicas y médicas. Ellas permiten extrapolar los saberes clínicos hacia una perspectiva de salud integral, en la cual cobran relevancia los determinantes sociales de la salud (DSS), los cuales implican necesariamente una vinculación activa con las realidades comunitarias, entendidas como escenarios de movilización social que inciden en el bienestar integral de las familias.

Al realizar un análisis y cotejo con los principios de la medicina familiar relacionados con la formación y ejercicio ético profesional, se observa.

- Continuidad: relacionada con el sostenimiento de las intervenciones en el tiempo, el espacio y la dimensión interdisciplinaria.
- Integralidad: entendida como una visión holística que permite la coordinación de las acciones de cuidado.
- Comunitario: vinculado con la adopción de conocimientos, métodos y técnicas para la intervención con comunidades.
- Preventivo: asociado a la educación en salud familiar como pilar para la prevención de la enfermedad y la promoción del cuidado integral.

Es así, que dentro de la experiencia se logró determinar que el principio con mayor presencia de habilidades y competencias de la práctica formativa fue la integralidad, ya que una visión holística del cuidado requiere integrar múltiples perspectivas y acciones. Esto será fundamental para comprender los DSS, la APS y su incidencia con las condiciones de salud familiar y comunitaria. Se encontró una gran relación con la empatía como habilidad y las competencias comunitarias, de gestión y articulación, clínica y de resolución de problemas, sin desconocer la interconexión relacional con las demás habilidades y competencias, como se observa en la siguiente figura

Figura 1. *Diagrama de Sankey de interrelación entre las categorías de práctica formativa y principios de la medicina familiar.*



Fuente: Proyecto Toca Previene, Municipio de Toca- Boyacá 2021- 2023. Atlas Ti Versión 2023.

Lo anterior está relacionado con el principio de la integralidad, la cual juega un papel crucial en la búsqueda de soluciones efectivas y sostenibles para la comunidad, como lo manifiesta uno de los participantes en el escrito reflexivo dentro del proceso investigativo:

> "ese espacio se convierte en un espacio de reflexión, de trabajo, un espacio de compartir y de crear alianzas. Medicina familiar si te das cuenta se encarga de ese título de crear redes, alianzas, ya que solos no podemos" (ATLAS.Ti Scientific Software Development GnbH, 2023, Versión 23.1.1.0, p. 195)

En cuanto a otro de los principios relacionados en el análisis de concurrencia, con alta presencia y vinculación con las habilidades y competencias formativas, está el principio de acciones preventivas y educación en salud familiar. Al respecto, se evidencia una presencia elevada de la habilidad comunicativa y competencia comunitaria, seguida de la competencia de gestión y articulación interinstitucional.

Estas competencias resultan clave para el desarrollo del mencionado principio, dada la necesidad de difundir y hacer comprensibles mensajes claros en salud dirigidos a personas y familias. Asimismo, la interconexión entre diferentes disciplinas y procesos intersectoriales se vuelve fundamental para posibilitar acciones de empoderamiento en salud por parte de las familias, así como para facilitar el acceso informado a los servicios disponibles y su articulación con los determinantes sociales de la salud (DSS).

Propuestas y recomendaciones para acciones en proyectos de salud del campo de la medicina familiar y comunitaria

Debido a que las condiciones de salud y sus determinantes sociales no son estáticos en el tiempo y espacio, los sistemas de salud deben transformarse en respuesta a dichos cambios, al ser parte fundamental del sistema los profesionales en salud —y en especial los médicos familiares — es necesario construir día a día mejoras en la formación y en la acción del especialista, de modo que cuente con las herramientas necesarias para hacer frente a las necesidades en salud de cada territorio.

Se identificaron recomendaciones de corte institucional hacia el programa de formación, en las que se reconoce el proyecto comunitario como parte esencial en la formación del especialista en medicina familiar. Sin embargo, se presentan aún dificultades respecto a tiempo y continuidad, con interrupciones marcadas a lo largo de cada año. La recomendación en ese sentido es programar las horas asignadas a proyecto comunitario incluso cuando los residentes ven sus componentes teóricos, con el fin de evitar perder contacto con la comunidad y poner en riesgo las relaciones construidas.

Frente al fortalecimiento de asignatura y pensum del programa, una de las dificultades que se presentó en el desarrollo del proyecto comunitario fue la resistencia por parte de las residentes, quienes manifestaron sentirse sin las bases suficientes y con incertidumbre

respecto al quehacer del médico familiar en comunidad. Por tal motivo, se recomienda construir una metodología propia de proyectos para la especialidad, tomando como base los momentos en el desarrollo del proyecto comunitario y particularizando los mismos según el territorio.

A nivel de las instituciones en donde se contextualiza el proyecto, se sugiere a la administración municipal, junto con cada una de sus dependencias, la creación de un plan de acción que involucre al equipo de medicina familiar. Asimismo, se propone establecer canales de comunicación directa que permitan celeridad en la respuesta a las necesidades de la comunidad identificadas por los residentes, además, se recomienda compartir con el equipo la oferta institucional completa para fomentar un trabajo conjunto, en el cual los residentes actúen como mediadores entre la comunidad y las diferentes entidades.

Conclusiones

Las intervenciones conjuntas del médico familiar generan confianza y fortalecen los vínculos con los pacientes, su presencia en el entorno social los hace accesibles a las personas y un referente en salud, facilitando la identificación temprana de problemas de salud, la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables desde el enfoque de DSS y APS.

Los tradicionales modelos de formación de las escuelas médicas (modelo biomédico), se encuentran en la actualidad en crisis, lo que demanda de forma urgente un cambio de paradigmas. Una propuesta para el cambio de modelo es el modelo biopsicosocial, el cual está relacionado con la APS y requiere de un enfoque de pedagogía holística que garantice la formación de médicos especialistas en medicina familiar.

El proyecto comunitario, en el contexto del proceso de enseñanza-aprendizaje, es una estrategia educativa que trasciende los límites del aula y coloca directamente a los residentes de la especialidad en la realidad tangible de las comunidades rurales. En este escenario, el diálogo de saberes, las vivencias y compresión de primera mano de los DSS son imprescindible para lograr la consecución de objetivos en común.

La sistematización de experiencias pedagógicas en relación a la formación posgradual de médicos familiares, permite reflexionar críticamente sobre los proyectos comunitarios como práctica pedagógica, estableciendo como lecciones aprendidas, la importancia de los mismos para el desarrollo de habilidades comunicativas y empáticas que se complementan con las competencias comunitarias y preventivas, las cuales permiten fortalecer y vivenciar el principio de holístico de integralidad en escenarios comunitarios en contexto rurales.

Referencias

Aigneren, M. (s.f.) Encuesta Social. Módulo Centro de Estudios de Opinión. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia. https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/download/1497/1154/4702

Álvarez Pedrosian, E. (2013). La salud como comunicación: medicina familiar y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud, 3(2), pp. 21-31. http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3(2).21-31

ATLAS.Ti Scientific Software Development GnbH (2023) Informe de codificación de citas Proyecto Sistematización Toca Diarios y Grupo Focal. Reporte de análisis de codificación y citas de resultados cualitativos (versión 23.1.1.0, licencia L-320-2D3) [Software de análisis de datos cualitativos]. Archivo privado del proyecto

Barragán, D & Torres, A. (2017) *La Sistematización Como Investigación Interpretativa Crítica.* Editorial el Buho, Corporación Síntesis. Bogotá. https://www.academia.edu/37500472/La_sistematizaci%C3%B3n_como_investigaci%C3%B3n_interpretativa_cr%C3%ADtica

Barrêto D.S., Melo Neto A.J., Figueiredo A.M., Sampaio J, Gomes L.B., et al. (2019) Programa Más Médicos y residencias de Medicina de Familia y Comunidad: estrategias articuladas de ampliación e interiorización de la formación médica y llevarla al interior del Estado. *Interface (Botucatu)* [online]. 2019, vol.23, suppl.1, e180032. Epub May 20, 2019. ISSN 1414-3283. http://dx.doi.org/10.1590/interface.180032

Braida, J. Doménech, D. Garré, L. (2010), Formación De Pregrado en El Departamento De Medicina Familiar y Comunitaria. Academia.edu. [internet] pp. 67-68. https://www.academia.edu/82061898/Formaci%C3%B3n_De_Pregrado_en_El_Departamento_De_Medicina_Familiar_y_Comunitaria?sm=b

Buitrago, S., Ordoñez, Y., Plazas, L. C., Salamanca, C. T., Suárez, M. P., Aron, E. y Torres C. P. (2023) *Informe de sistematización Proyecto Comunitario "Toca Previene": Una experiencia más del aula*. Especialidad medicina Familiar. Facultad de ciencias de la salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Documento de Trabajo. 2023.

Centers Centers for Disease Control and Prevention (2021). *Social determinants of health: know what affects health.* 2021. https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm

Cruz Gómez, L. F., Libreros Arana, L. A., Cruz Libreros, Á. M., Solarte, Y., Castro Jaramillo, H. E., Badiel Ocampo, M., . Bolaños Ramos, J. H. (2017) *Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar.* Unilibre, 13(2) 2017. p. 230-247. http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2017v13n2.26220

DANE (2024, 17 abril). Proyecciones y retroproyecciones de población municipal para el periodo 1985-2019 y 2020-2035 con base en el CNPV 2018. https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion

De Miguel, M. (2006). Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de Competencias. Orientaciones para el profesorado universitario ante el Espacio Europeo de Educación Superior. (Madrid: Alianza editorial) p 316-319

ESE Centro de Salud de Toca (2019). *Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, municipio de Toca Boyacá 2019.* https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/asis2019/asis_toca_2019.pdf

González, K., Mosso, C., & Rodríguez, A. (2020, 10 de septiembre). *Plan de cuidado primario de la salud. Experiencia médicos familiares en una comunidad del municipio de Tunja.* Desarro-

llo, Economía y Sociedad. 8(1). 2020. p. 78-91. https://doi.org/10.38017/23228040.723

Harzheim, Erno & Stein, Airton & Neumann, Cristina & Oliveira, Elise & Filho, Eno & Nader, Gisele & Kolling, João & Silva, Luciane & Goncalves, Marcelo & Pinto, Maria & Fontanive, Paulo & Umpierre, Roberto & Castro, Rodrigo & Ferreira, Sandra & Trindade, Thiago. (2008). *EuroSocial: La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina*. DOI: 10.13140/RG.2.2.22919.14242.

Hernández Rincón, E. H., Muñoz Abril, Y. C., & Avella Pérez, L. P. (2019). *Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2019; 35(5) e466) 1-16 https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/viewFile/466/285

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014) *Metodología De La Investigación*. 6a. ed. --. México D.F.: McGraw-Hill, 2014.

Hurtado de Barrera, J. (2012) Metodología de la investigación: guía para la comprensión holística de la ciencia. 4ª. Ed. Caracas. Quirón Editores

Jara, O. (2018). La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE. Primera Edición. https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2121/Libro%20sistematizacio%cc%81n%20Cinde-Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y

León Solarte, M. A., & Jaime Martínez, N. L. (19 de 11 de 2020). *Con las batas y las botas, el médico más allá del hospital La experiencia de residentes de medicina familiar en una comunidad urbana.* Salud y Sociedad. UPTC. 5 (2). 2020. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/issue/view/691/214

Marmot M, Wilkinson R, editores (1999). Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 1999.

Mejía O., L. M. (2013). Los determinantes sociales de la salud : base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, *31*, 28–36. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.13423

Mejía, M. R. (2012) Sistematización. Una forma de investigar las prácticas y de producción de saberes y conocimientos. Ministerio de Educación. Viceministerio de educación Alternativa y Especial. Bolivia. https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/veaye/dgea/SistematizacionMarcoMejia-Bolivia.pdf

Mergendoller, JR, Maxwell, NL y Bellisimo, Y. (2006). La eficacia de la instrucción basada en problemas: un estudio comparativo de los métodos de instrucción y las características de los estudiantes. *Revista Interdisciplinaria de Aprendizaje Basado en Problemas, 1* (2). Disponible en: https://doi.org/10.7771/1541-5015.1026

Mioduser, D., & Betzer, N. (2007). The contribution of project-based learning to high achievers acquisition of technological knowledge. International Journal of Technology and Design Education, 1. 2007. P. 59-77. DOI: 10.1007/s10798-006-9010-4

Organización Mundial de la Salud - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [OMS – UNICEF], (2019). Informe Anual 2018. Para cada niño, todos los derechos. https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-07/UNICEF-informe-anual-2018.pdf

Salamanca Velandia, C. T. (2023). Competencias del médico familiar para el abordaje comunitario en Triana-Ramírez, A. N. (Ed.), Medicina familiar: Conceptualización, experiencias y práctica pedagógica en formación comunitaria (1 ed., pp. 15–34). Editorial UPTC. https://doi.org/10.19053/9789586607605

Torres- Carrillo, A. (1999) Estrategias y Técnicas de Investigación Cualitativa. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Abierta y a Distancia UNAD. Arfín Editores. Bogotá. D.C.

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (2015, 26 de mayo). *Acuerdo No 027 de 2015*. Por el cual se crea el programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria adscrito a la Escuela de Posgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/secretaria_general/consejo_superior/acuerdos_2015/Acuerdo_027.pdf

Villalba Arias, J., Barrios, I., Palacios, J. M., & Torales, J. (01 de 2020). *Niveles de empatía en médicos residentes: un estudio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción*. Rev. salud publica Parag. [Internet]. 2020 Jun; 10(1): 37-43. https://doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.37-43

8. Reflexiones sobre familia y emoción expresada como determinantes sociales de la salud mental de los adolescentes colombianos

Yenny Salamanca-Camargo [1]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Líder Grupo de Investigación Clínica y Salud
yenny.salamanca@uptc.edu.co

Dary Lucia Esperanza Nieto-Sua [2]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Grupo de Investigación Atención Primaria de Salud
dary.nieto@uptc.edu.co

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), la adolescencia ha sido considerada como una de las etapas más importantes en la vida del ser humano. Esta se relaciona con la transición hacia la independencia, el desarrollo de la identidad, la capacidad de razonamiento abstracto y la adquisición de aptitudes que permitan asumir responsabilidades propias del ser adulto. Esta

1 Docente y Líder Grupo de Investigación Clínica y Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Doctoranda en Psicología, Universidad de Jaén; yenny.salamanca@uptc.edu.co, https://orcid.org/0000-0002-0928-8907

2 Magister en Psicología Clínica y de la Familia, Universidad Santo Tomás, Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; https://orcid.org/0000-0002-1000-5417

misma organización, en 2024, advierte que cuanto más se enfrente el adolescente a factores de riesgo, mayores serán los efectos en su salud mental. Se resaltan aspectos como exposición a situaciones adversas, presión social, imposición de normas de género, medios de comunicación, ambiente en el hogar, diversas formas de violencia, relaciones con compañeros y problemas socioeconómicos graves.

Por su parte, Delgado et al., (2011) afirman que el proceso de adaptación se determina por las relaciones familiares, en particular por la percepción que se tiene sobre los padres y la calidad de los vínculos afectivos. A su vez, Sinche y Suárez (2006) señalan que una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud y, estos a su vez, pueden afectar el funcionamiento familiar.

Adicionalmente, se considera importante tener en cuenta estudios que abordan la relación familiar como elemento protector o de riesgo, como es el caso de la cohesión familiar y su relación con la sintomatología depresiva (Buitrago et al., 2017); la disfuncionalidad familiar y la presencia de ideación suicida (Forero et al., 2017); la violencia intrafamiliar y el desarrollo y trayectoria de vida de los adolescentes (Serrano et al., 2018); las creencias y expectativas de los padres sobre sus hijos y las actitudes y sentimientos dirigidos hacia ellos (Andrade & Betancourt, 2012; Fernández, 2014; Ramírez, 2000; Citado por Hewitt, 2005; Martínez-López, 2020 y Vargas, 2014), las cuales han sido relacionadas con la presencia de trastornos afectivos (Ramírez et al., 2017), adicción a sustancias psicoactivas (García, 2009), entre otros.

Los patrones de interacción familiar han sido de gran interés para el estudio de los factores protectores y de riesgo en la salud mental. De este interés surge el concepto de Emoción Expresada (EE), el cual hace referencia a juicios de contenido afectivo o actitudes emocionales que un familiar o allegado dirige a otro miembro de la familia. Al respecto, Medina-Pradas (2016), en su estudio sobre dinámica familiar, resalta la naturaleza bidireccional y diádica de las relaciones entre pacientes y sus familias. Estos hallazgos han

sido soportados empíricamente al analizar el impacto de la EE alta como un factor predictor para la progresión de posibles trastornos psicopatológicos en el adolescente, tales como ansiedad, depresión, *bullying*, riesgo de suicidio, problemas de alimentación, consumo de drogas, entre otros (Muela y Godoy, 2001; Caspi et al., 2004; Espinosa-Fernández, 2009; Espinosa et al., 2016).

En este capítulo se realiza un análisis reflexivo sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) relacionados con componentes de tipo familiar y su impacto en la salud mental de los adolescentes colombianos. Esta reflexión está concebida desde un análisis documental de los estudios sobre prevalencias en salud mental, la influencia del contexto familiar y la presencia de EE desde la perspectiva del adolescente. Se busca analizar los aspectos que influyen en la adaptación del adolescente a sus dinámicas familiares, sociales y emocionales, con el fin de brindar orientaciones claras para mejorar la atención desde los servicios de salud mental.

La familia como determinante social de la salud mental del adolescente

De acuerdo con Cid et al., (2014), la familia cumple roles esenciales y de gran trascendencia, ya que desempeña funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y al cuidado de sus integrantes. Allí se forman los motivos y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad, y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo. En este sentido, como una condición dinámica, la salud de la familia está sujeta a variaciones influenciadas por el cambio de los factores que la conforman, como es el caso de las vivencias y conflictos familiares relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo de vida familiar, los eventos de salud, la exposición a acontecimientos de la vida cotidiana y la propia característica de las relaciones familiares. Por ello, se considera importante fomentar la idea de la responsabilidad en la salud colectiva y personal, así como

desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo familiar en aras de mejorar su salud.

Respecto al proceso de adaptación de los adolescentes, se resalta la función de los progenitores como primeros agentes encargados de vincular a sus hijos con el mundo que los rodea y como una de las redes de apoyo social más indispensable en sus diferentes transiciones. Como afirma Valdés (2007), es al interior del hogar donde se originan interacciones que influyen decisivamente en el desarrollo emocional y personal de los hijos. Al respecto, Gómez y Guardiola (2014) destacan la importancia de identificar que sean los padres quienes inicialmente proporcionen a sus hijos seguridad, afecto y fomenten el autocontrol, con el fin de generar un desarrollo adaptativo óptimo.

Asimismo, se ha encontrado que, en el tema de las pautas de crianza, los padres suelen utilizar un mecanismo para establecer normas con sus hijos a partir de su propia experiencia de vida y del aprendizaje en sus familias de origen. Esto conlleva a que, con frecuencia, el adolescente reciba mensajes ambivalentes y contradictorios, lo cual está asociado a dinámicas familiares vinculadas con trastornos del estado de ánimo (Wolynn, 2016).

Se ha encontrado una relación positiva entre prácticas y estilos parentales caracterizados por el afecto, diálogo y control basado en el razonamiento, y mayores índices de ajuste psicológico en los adolescentes. Esto se refleja en niveles altos de autoestima (Riquelme et al., 2018), autoconcepto (Fuentes et al., 2015), satisfacción con la vida (Pérez-Fuentes et al., 2019), resiliencia y competencias socioemocionales (Ruvalcaba et al., 2016), así como en el desarrollo del autocontrol, el autocuidado, la responsabilidad, el acato de normas sociales y el establecimiento de buenas relaciones interpersonales (Salamanca et al., 2017). Estas características también son consideradas como factores preventivos del desarrollo de trastornos depresivos, de alimentación, del comportamiento, fobia social y abuso de alcohol (Eun et al., 2018).

En contraste, estudios que abordan estilos parentales de tipo autoritario, negligente e incluso indulgente se relacionan con niveles bajos de adaptación, expresados en indicadores como la agresividad (Blanco-Suarez et al., 2017; Cerezo et al., 2015; Gómez et al., 2018), malos hábitos alimenticios (Losada, 2018), impulsividad (Acosta, 2020; Mena & Arteche, 2019), inicio sexual precoz (Becerra, 2019), ansiedad (Martínez-Bermúdez & Rojas-Puris, 2018), inseguridad (García-Mendoza & Pinto, 2018), autolesiones e ideación suicida (Andrade & González, 2017; Baldeón & Aguas, 2018; Velandia & Parada, 2016), y consumo de sustancias psicoactivas (Prieto et al., 2016).

Para el caso de Colombia, se destacan los estudios de Iglesias y Romero (2009), quienes dieron cuenta de la relación entre psicopatología, estilos educativos percibidos y personalidad, encontrando una relación entre baja aceptación e implicación parental y depresión adolescente, así como entre el estilo autoritario y alteraciones de tipo externalizante.

La Emoción Expresada y la salud mental del adolescente

La EE, como un aspecto de las dinámicas familiares, ha adquirido mayor relevancia tanto desde el punto de vista investigativo como desde la evaluación y la intervención. Se ha encontrado que ciertas actitudes y comportamientos dentro del entorno familiar pueden gestar determinadas patologías, influir negativamente en la recuperación de estas e incluso aumentar el riesgo de recaídas. Aunque este concepto inicialmente se estudió en adultos con enfermedades físicas y mentales, hoy en día cuenta con evidencia empírica que soporta su impacto en población infantil y adolescente, tanto normal como clínica, en contextos clínicos como no clínicos, desempeñando un papel como factor de riesgo o de protección en la salud mental.

Al respecto, se ha encontrado que una alta EE se relaciona con mayores recaídas del enfermo, ya que actúa como un fuerte estresor que influye negativamente en la patología presentada y, por tanto,

se convierte en un predictor de la progresión de trastornos mentales como esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad y drogadicción. Mientras que una baja EE se ha relacionado con menor riesgo de recaídas y menor gravedad de los síntomas (Caspi et al., 2004; Nelson et al., 2003; Espinosa-Fernández, 2009; Espinosa et al., 2016).

Independientemente de la influencia de uno o varios DSS, al analizar la prevalencia mundial asociada con problemáticas de salud mental en adolescentes, se identifican como más comunes los problemas emocionales y de comportamiento (41 %), trastornos de ansiedad (30 %), depresión (27 %), Trastorno por Estrés Postraumático (22 %) y la ideación suicida (21%). Estos hallazgos son similares en cuanto a los factores de riesgo asociados a exposición a la violencia y a trauma, VIH y SIDA, pobreza, orfandad, falta de escolarización, desventajas socioeconómicas y altos niveles de privación (OMS, 2020; Presentati et al., 2021), considerándose de gran relevancia analizar las variables familiares y su impacto en el desarrollo y curso de estas patologías.

Según el *Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes* (Subdirección de Enfermedades no Trasmisibles, 2018), para el año 2017 se reportaron 45 169 adolescentes con afectaciones de la salud física y mental, producto de situaciones psicosociales y socioeconómicas, siendo una variable predictora la relación entre progenitores e hijos, especialmente las pautas de crianza. Asimismo, diversos estudios han reportado cifras por encima del 38 % en cuanto a casos de ansiedad (Ospina-Ospina et al., 2011; Rodríguez et al., 2018); entre el 8 % y el 32 % para depresión (Espínola, 2010; López-Vega et al., 2020 y Siabato et al., 2017); y entre el 44 % y hasta el 84 %% para el caso de consumo de sustancias psicoactivas al menos una vez en la vida (Forero et al., 2017; Gómez et al., 2018; Gobernación de Boyacá, 2019). Como factor protector se ha resaltado el hecho de ser mujer y contar con un buen funcionamiento familiar (Sánchez et al., 2019).

Al analizar otras problemáticas de interés público, se ha hecho referencia al riesgo de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas

y violencia intrafamiliar, entre otras. En cuanto al suicidio, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017), para el 2016, se registraron 2 310 casos. Diversos autores han señalado que alrededor del 90 % de estos casos están estrechamente relacionados con otro trastorno mental (Bedoya & Montaño, 2016; Zhang et al., 2014).

Para el caso de la ideación suicida y riesgo de suicidio, sin bien no se incluyen como eventos de salud, sus reportes cobran importancia al convertirse en predictores de la conducta suicida al relacionarse con otras variables como la funcionalidad familiar (Forero et al., 2017; Pérez et al., 2017), estado de ánimo (Siabato et al., 2017), baja autoestima (Pérez y Salamanca, 2017; Pineda-Roa et al., 2018), estilos de socialización parental (Andrade et al., 2016), consumo de alcohol (Salamanca y Siabato, 2016), acoso o intimidación escolar (Vianchá et al., 2017; Prieto-Martínez, 2019), resiliencia (Salamanca-Camargo, 2024) y presencia de distintos trastornos psicopatológicos (López-Vega et al., 2020). Si bien, se considera de menor riesgo, la ideación suicida es la primera manifestación de este espectro y, por tanto; constituye un componente importante para la toma de decisiones orientadas a la identificación del riesgo y a la prevención de otras conductas como el intento y el suicidio consumado (Rosales, 2010).

Respecto al uso y abuso de sustancias psicoactivas, y según los planteamientos de Zabala y Gómez (2019), si bien la tipología familiar puede ser un factor de riesgo o de protección, hay otros aspectos familiares que quizás son más determinantes en relación con el tema, como es el caso de las relaciones familiares conflictivas, mala relación entre padres y adolescentes, mala percepción del adolescente de la figura paterna o materna, falta de reconocimiento de los logros obtenidos por los hijos y falta de límites. Estos factores incrementan el riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Por otro lado, se ha encontrado que, en la prevención del consumo, es importante una adecuada relación entre los adolescentes y sus padres, lo que implica el conocimiento de las

actividades que realizan los hijos, una comunicación asertiva y el adecuado ejercicio de la autoridad, conocimiento y orientación sobre esta problemática (Torres et al., 2010; Kapetanovic et al., 2019).

En cuanto a la violencia intrafamiliar, diferentes autores han advertido que para muchos adolescentes esta se convierte en la principal causa de numerosos trastornos (Falcato, 2019; Orrego et al., 2020; Ruiz & Saravia 2021). Por su parte, Marciano et al., (2016) destacan que la violencia doméstica se manifiesta no solo en golpes físicos, sino también en formas más sutiles, pero igual de destructivas. Este fenómeno es especialmente complejo debido a su carácter multicausal y multifactorial.

Orientaciones y perspectivas futuras

Si bien los DSS no se limitan a aspectos netamente familiares, tales como los estilos de vida, el apoyo emocional, el acceso a recursos y el modelamiento de conductas, sin duda alguna, se convierten en factores de riesgo o de protección para la salud mental de los adolescentes. Por tanto, se considera necesaria su evaluación y pronta intervención desde abordajes multidisciplinares e intersectoriales que contribuyan con la disminución de las brechas sociales relacionadas con componentes como el desempleo, la inequidad, la falta de recursos, los prejuicios, la violencia intrafamiliar y el alcoholismo entre otros.

La psicología cumple un papel crucial en la comprensión y abordaje de los DSS. En consecuencia, es importante continuar con estudios que permitan comprender la multicausalidad de los problemas de salud mental.

Al analizar el impacto de las relaciones familiares, Restrepo-Betancur (2023) advierte que los menores que enfrentan situaciones de violencia de manera reiterada al interior de sus familias tienden a considerar estas situaciones como algo normal, lo que supone que al enfrentarse a estas les cueste identificar situaciones de

peligro que vulneren sus derechos. En este sentido, actos verbales continuos como críticas, desprecios, burlas, insultos, humillaciones y comparaciones, evidencian este fenómeno y pueden desencadenar agresividad, retraimiento, dificultad para socializar y presencia de diferentes trastornos mentales, producto de los daños en el desarrollo motor, psíquico y emocional. Las consecuencias son devastadoras y derivan en una amplia gama de problemas sociales y de salud que pueden perpetuarse de por vida.

Los hallazgos ponen de manifiesto que un escenario psicoterapéutico con familias con adolescentes es un verdadero reto para terapeutas experimentados o en formación, debido a los cambios que ocurren de manera simultánea en la dinámica familiar. Al respecto, Escudero y Friedlander (2019) señalan como uno de los principales retos es afrontar la contradicción de los sistemas familiares que asisten a consulta: "necesitamos ayuda", pero "…yo no tengo ningún problema". Asimismo, estas dinámicas familiares dan fuerza a la necesidad de contar con modelos terapéuticos que consideren los fenómenos sociales y las relaciones propias de espacios como las escuelas, el vecindario, los lugares de trabajo, las normas culturales como factores explicativos de la aparición de las diferentes alteraciones en la salud mental de los adolescentes.

En este sentido, una evaluación integral permitirá, además de conocer el estado de salud de los adolescentes, reconocer el contexto que lo rodea (redes sociales de apoyo, condiciones de vida, acceso a educación y experiencias de discriminación, entre otros) y, por tanto, analizar cómo influye en su bienestar. También se hace necesario contar con herramientas de evaluación que vayan más allá de la entrevista, considerándose importante identificar, por un lado, cuales son instrumentos más utilizados, sus características y en especial, si cuentan con adaptaciones culturales y propiedades psicométricas adecuadas para la población. Por otro lado, resulta fundamental valorar el grado de conocimiento y experticia de los profesionales que utilizan estas herramientas, en cuanto a su forma de aplicación e interpretación.

De cara al diagnóstico, se requiere contar con buenas habilidades clínicas para el análisis de casos desde diferentes perspectivas, teorías explicativas y diagnósticos diferenciales, así como para reconocer las limitaciones de las medidas de evaluación y el impacto del ambiente en el que se desenvuelve el adolescente. El compromiso ético frente al uso adecuado de la información recopilada, la necesidad de contar con actualizaciones permanentes sobre los sistemas de clasificación diagnóstica, el apoyo interdisciplinar para la identificación de síntomas y el análisis de la salud mental desde una perspectiva no exclusivamente psicopatologizante, sin duda, se convierten en elementos fundamentales para la realización de diagnósticos más precisos.

En este sentido, herramientas como el genograma y el ecomapa, resultan de gran utilidad para comprender las relaciones y, en general, el entorno del adolescente. Asimismo, el uso de medidas de evaluación complementarias apoya este proceso.

Existe una gran variedad de medidas de evaluación adaptadas al contexto colombiano y que son de fácil aplicación y bajo costo; dentro de los que se resaltan: el *Inventario de Depresión Infantil* (CDI) (Segura et al., 2010), la *Escala de Autoestima de Rosenberg para adolescentes* (Pineda-Roa et al., 2024), la *Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Emoción Expresada, versión hijos* (E5-vh) (Salamanca-Camargo et al., 2025), la *Escala de Riesgo Suicida* (ERS) (Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2018), el *Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes* (PAI-A) (Cardenal et al., 2018), y el The Youth Anxiety Measure for the DSM-5 (YAM-5-I) (Salamanca-Camargo et al.,2025), entre otros.

Respecto a los aspectos sociales, económicos y culturales, se hace necesaria la integración entre las diferentes instituciones involucradas en el cuidado de la salud física y mental de los adolescentes. Aún se identifican dificultades en el trabajo intersectorial y de retroalimentación entre las organizaciones vinculadas (v.gr., sector judicial, Policía De Infancia Adolescencia, Instituto de Bienestar Familiar, Comisarías de Familia, organizaciones no

gubernamentales, etc. Es fundamental promover la comunicación permanente, la difusión e integración de las actividades realizadas, la devolución de información sobre el avance de los casos y la concreción de acciones, evitando la superposición de servicios y, por ende, el aumento financiero en las intervenciones propuestas.

En esta misma línea, se hace necesario reconocer el aporte que se brinda desde los diferentes planes y tipos de servicio para el abordaje de la salud mental de los adolescentes, como es el caso de los Planes de Intervención Colectiva, los equipos básicos de salud, los Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes, los centros de escucha, las Zonas de Orientación Escolar y los servicios asistenciales. También es importante gestionar el desarrollo de programas para mitigar el riesgo en el adolescente, tales como "Convive Boyacá en Familia", "Vida con Sentido", "El Arte de Cultivar la Salud Mental", "Oportunidad de Vida", "Me Quiero, Te Quiero", entre otros, así como las líneas y rutas de atención para el abordaje de diferentes problemáticas como el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, las lesiones personales, el riego de suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras.

De cara a la prestación de servicios de salud, se requiere identificar los tipos de servicios ofertados, el nivel de complejidad, la modalidad de atención, las sedes habilitadas y las características de los prestadores de servicios de salud vinculados, con el fin de identificar hacia donde direccionar al adolescente y a su familia de manera que puedan privilegiarse de una atención integral e integrada. Para el caso de los prestadores de servicios de salud mental, es clave reconocer variables tales como el tipo y nivel de formación y la experiencia profesional, como insumos para la solicitud de servicios según el nivel de atención requerida, así como para la evaluación del mismo, el tiempo de atención y en especial, la trazabilidad que se realiza en términos de la historia clínica de los usuarios y su relación con el apoyo brindado.

El ejercicio de la intervención terapéutica con familias con adolescentes, en el contexto de formación académica, requiere del abordaje de

desarrollos conceptuales en intervención con familias, así como de la utilización de técnicas e instrumentos que logren operativizar las demandas de los sistemas familiares según sus contextos. Es relevante la constante actualización, el acompañamiento en las prácticas formativas en el marco de la relación docencia servicio para el desarrollo de competencias y el análisis crítico y reflexivo al momento de elegir intervenciones que cuenten con evidencia empírica o que hayan sido consideradas como prácticas clínicas basadas en evidencia.

Se considera, además, de gran relevancia un acompañamiento tanto a padres como a cuidadores para que tomen conciencia de las repercusiones que se derivan de la violencia en el ámbito familiar y cómo serían previsibles, prevenibles y por tanto evitables, por medio de programas coordinados que aborden sus causas y factores de riesgo. Estos programas deben incluir temáticas relacionadas con los cambios en el desarrollo físico y mental del adolescente, estilos de socialización parental, factores de riesgo y protección para la aparición y empeoramiento de ciertas psicopatologías, estilos de vida saludable, apoyo emocional, comunicación efectiva, manejo de situaciones de estrés, crianza positiva, educación financiera y acompañamiento en situaciones de crisis.

En cuanto al acompañamiento profesional del adolescente, se requiere reconocer elementos relacionados con características individuales de los adolescentes y posible riesgo de aparición o empeoramiento de ciertas psicopatologías, estigma sobre la salud mental, discriminación hacia ciertos grupos de adolescentes, barreras de acceso a los servicios de salud, influencia del contexto sociocultural, dinámicas familiares disfuncionales, traumas intergeneracionales e incluso entornos sociales y escolares inseguros. Con esto se busca implementar programas de intervención temprana que aborden temas relacionados con manejo de estrés, tolerancia al malestar, autocompasión, comunicación efectiva, resolución de problemas, resiliencia, regulación emocional, redes de apoyo funcionales, organización del tiempo, relaciones de pareja, sentido de vida e identificación de riesgos para su salud física y mental.

Finalmente, como herramientas para el cambio de roles y patrones de interacción que perpetúan la alta EE en familia, se resalta la importancia de utilizar un enfoque sensible y comprensivo a partir de estrategias como la validación emocional, la escucha activa, el fomento de la expresión emocional adaptativa, la empatía, las habilidades de efectividad interpersonal y la expresión creativa. Es fundamental crear un ambiente seguro y de apoyo donde el adolescente se sienta cómodo compartiendo sus emociones, acompañado de sus padres y cuidadores en el reforzamiento de las habilidades de afrontamiento aprendidas.

Conclusiones

Reconocer el impacto de los DSS en el adolescente, y en particular aquellos relacionados con el componente familiar, pone de manifiesto la importancia de la formulación de políticas públicas, el trabajo articulado desde el punto de vista intersectorial e interdisciplinar y el aumento de la disponibilidad de servicios de salud desde los diferentes niveles de atención y complejidad, con un enfoque diferencial, por curso de vida, integral e integrado.

La familia hace parte de un sistema social y cultural que la moldea, la influye y le ofrece elementos para la construcción de su forma de identificarse, de sus relatos y de sus patrones de comunicación. Esta perspectiva sociocultural, tal como lo plantea García (2009), es importante para la intervención psicoterapéutica, "en tanto que, permite contextualizar una realidad en la que se encuentra inmersa la familia" y, dentro de la cual, es importante destacar las pautas de comunicación emocional que definen el tipo de EE entre sus miembros.

La EE es un aspecto de las dinámicas familiares que progresivamente ha ido adquiriendo mayor importancia, debido al interés por el estudio de ciertas actitudes y comportamientos dentro del entorno familiar que pueden gestar determinadas patologías o influir negativamente en la recuperación de estos trastornos, favoreciendo las recaídas. Su abordaje desde el punto de vista preventivo busca fortalecer los vínculos familiares y, por tanto, mejorar la percepción que se tiene frente a esta.

Contar con servicios de salud habilitados y una Red de Prestadores de Servicios de Salud Mental para el adolescente y su familia, demanda profesionales capacitados, redes funcionales de atención para servicios de referencia y contrarreferencia, atención especializada según el nivel de complejidad y uso de herramientas de evaluación, diagnóstico e intervención basadas en evidencia y adaptadas a las demandas culturales; Estos aspectos sin duda favorecen la comunicación entre profesionales, disminuyen el riesgo de mala praxis profesional

y contribuyen a la sistematización y análisis para el avance de la investigación en temas relacionados con procesos psicoterapéuticos de esta población.

Además, resulta relevante continuar con la adaptación cultural de instrumentos de evaluación y estrategias de intervención, especialmente en concordancia con los criterios diagnósticos actualizados, como los propuestos por el DSM-5 y la CIE11. Esto permitirá reducir los sesgos interpretativos al momento de establecer un diagnóstico, al tiempo que se reconoce la diferencia entre las demandas propias del proceso de desarrollo adolescente y las manifestaciones clínicas asociadas a trastornos específicos.

Referencias

Andrade, J., & González, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente, 20*(37), 70- 88. doi:10.17081/psico.20.37.2419.

Becerra, J. (2019). Funcionamiento familiar, conductas de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este. *(Tesis de Maestría).* Universidad Peruana Unión, Lima. Obtenido de http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/3244

Buitrago, J., Pulido, L., & Güichá-Duitama, Á. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente, 20*(38), 296-307. doi:10.1708.

Cid, M., Montes, R. & Hernández, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica*, *36*(4), 462-472. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008&lng=es&tlng=es.

Espinosa, L., Muela, J. y García, L. (2016). Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 3*(2), 99-104. ISSN 2340-8340. http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-15.pdf

Eun, J., Paksarian, D., He, J., & Merikangas, K. (2018). Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 53*(1), 11- 20. doi:10.1007 / s00127-017-1435-4.

Falcato, M. I. A., Angulo, L. M. L., Hernández, M. R., Urquiola, Y. C., Muñóz, N. H., & Paz, F. C. (2019). Salud Mental en adolescentes de 14 años testigos de violencia intrafamiliar. Psicoespacios, 13(23), 50-60.

Forero, I., Siabato, E. F., y Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15 (1), 431-442. http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v15n1/v15n1a28.pdf

García- Mendoza, V., & Pinto, K. (2018). Estilos de socialización parental y esquemas desadaptativos tempranos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria de instituciones educatvas estatales del distrito de Characato y Sabandía. *(Tesis de pregrado).* Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. Obtenido de http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6459

Gómez, C., Cruz, V., Medina, M., & Rincón, C (2018). Salud mental en niños desplazados por conflicto armado - Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(2), 51–57.

Kapetanovic S, Bohlin M, Skoog T. (2019). Aspects of the Parent-Adolescent Relationship and Associations with adolescent risk behaviors over time. Rev. APA. Vol 33.

López-Vega, J. M., Amaya-Gil, M. K., Salamanca-Camargo, Y. y Caro-Castillo, J. D. (2020). Relación entre psicopatologías e ideación suicida en adolescentes escolarizados de Colombia. Psicogente, 23 (44), 1-18. https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3709

Losada, A. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales. *Perspectivas Metodológicas, 21*(1), 89- 112. Obtenido de https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/28

Marciano, N., Kirchner, R., Hildebrandt, L., Marines, L., Costa, M., Sarzi, D. (2016). Situación de la violencia contra niños y adolescentes en Brasil. *Enferm Glob*,15(44), 123-27.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412016000400007

Martínez-Bermúdez, R., & Rojas-Puris, L. (2018). Ansiedad frente a exámenes en adolescentes. Cuando el estilo de socialización

parental es un factor relacionado. *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud, 3*(1), 40- 48. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6538957

Martínez-López, Y. (2020). *Relación entre estilos de socialización parental y adaptación en adolescentes de Boyacá.* (Tesis de pregrado) Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.

Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de psicoterapia, 27*(103), 251-266. ISSN 1130-5142. https://www.mendeley.com/catalogue/be1b51be-a664-35dd-9e9f-0d7a2dfb6f13/

Mena, A., & Arteche, A. (2019). Influencia de la personalidad, la regulación emocional, los estilos parentales y algunas características sociodemográficas sobre el acoso escolar en un grupo de adolescentes brasileños. *Revista Interamericana de Psicologia, 53*(3), 380- 398. https://www.researchgate.net/publication/339828659

Muela, J. A., Espinosa- Fernández, L., García- López, L.J. & Martin-Puga, M.E. (2021). Validation of the Structured Interview for the Assessment of Expressed Emotion (E5) in a Sample of Adolescents and Young Adults from the General Population. Frontiers in Psychology, 1- 7. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.723323

Oliva, E., & Villa, J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris, 10*(1), 11- 20. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5995439

Organización Mundial de la Salud (2024). La Salud Mental de los Adolescentes - World Health Organization. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Orrego, S., Hincapié, G. M. S., & Restrepo, D. (2020). Trastornos mentales desde la perspectiva del trauma y la violencia en un

estudio poblacional. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 262-270.

Pérez-Fuentes, M. D., Molero, M. d., Gázquez, J., Oropesa, N., Simón, M. d. y Saracostti, M. (2019). Parenting practices, life satisfaction, and role of self- esteem in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(20), 4045. doi:10.3390/ijerph16204045

Presentati A, Napp, A., Dessauvagie, A., Stein, D., Jonker, D., Breet, E., et al. (2021) The prevalence of mental health problems in sub-Saharan adolescents: A systematic review. PLOS ONE 16(5): e0251689. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251689

Prieto, J., Cardona, L., & Vélez, C. (2016). Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8° a 10°. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14*(2), 1345- 1356. doi:10.11600/1692715x.14231161015

Ramírez, A., Palacio, J. D., Vargas, C., Díaz-Zuluaga, A. M., Duica, K., Berruecos, Y. A., ... y López-Jaramillo, C. (2017). Emociones expresadas, carga y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar tipo I de un programa de intervención multimodal: PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 46*(1), 2-11. DOI: 10.1016/J.RCP.2016.02.004

Restrepo-Betancur, L. (2023). Violencia intrafamiliar en Colombia en los últimos doce años. *El Ágora USB,* 23 (1), 154-165. DOI: https://doi.org/10.21500/16578031.6040

Riquelme, M., García, O., & Serra, E. (2018). Desajuste psicosocial en la adolescencia: socialización parental, autoestima y uso de sustancias. *Annals of Psychology, 34*(3), 536- 544. doi:10.6018/analesps.34.3.315201

Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Caballo, V. y Villegas, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Revista Psicología desde el Caribe, 33*(3), 223- 236. doi:10.14482/

psdc.33.3.9485

Salamanca, E., Chávez, P., & Carmona, J. (2017). Percepción de la autoridad parental en adolescentes escolarizados víctimas de desplazamiento. *Aquichan, 17*(4), 437- 447. doi:10.5294/aqui.2017.17.4.7.

Salamanca-Camargo, Y., Muela-Martínez, J. A., Espinosa-Fernandez, L., & Díaz-Castela, M. d. M. (2025). Adaptation and Validation of the DSM 5 Youth Anxiety Scale—Part I (YAM-5-I) in Colombian Adolescents. *Healthcare*, *13*(8), 900. https://doi.org/10.3390/healthcare13080900

Salamanca-Camargo, Y., Muela-Martínez, J. A., Espinosa-Fernández, L., & Díaz-Castela, M. del M. (2025). Adaptación y validación de la medida de emoción expresada versión hijos, E5-vhen adolescentes colombianos. Pensando Psicología, 21(1), 1-19. https://doi.org/10.16925/2382-3984.2025.01.02Salamanca-Camargo, Y., Rincón-Rodríguez, A.M. & Narciso- Urazán, A.S. (2021). Relationship between anxiety and adaptation among school-going adolescents in Colombia. Revista Mediterránea de Psicología Clínica, 9 (3). https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/article/view/3154/pdf

Serrano, X., Torres, C., & Salazar, J. (2018). Trayectoria de vida en relación a la violencia intrafamiliar en un grupo de adolescentes en Tunja- Boyacá. *Desarrollo, economía y sociedad, 7*(1), 39- 59. doi:10.38017/23228040.626

Subdirección de Enfermedades no Trasmisibles. (2018). *Boletín de salud mental: Salud mental en niños, niñas y adolescentes.* Bogotá, Colombia: MINSALUD. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/boletin-4-salud-mental-nna-2017

9. Intersecciones entre trabajo, identidad y exclusión social: reflexiones sobre el concepto nini

Luis Felipe Ariza-Ruiz[1]
Luis.ariza@uptc.edu.co

Laura Natalia Camargo- Leguizamón[2]
Laura.camargo10@uptc.edu.co

El panorama sociolaboral contemporáneo se desenvuelve en una dinámica acelerada, caracterizada por la creciente incertidumbre y la continua transformación de las estructuras económicas y de organización social. En este contexto, la noción de pleno empleo, que alguna vez se alzó como el ideal orientador del desarrollo humano, se enfrenta a las complejidades y contradicciones inherentes al capitalismo posmoderno-posfordista. Por lo anterior, este ensayo examina las intersecciones entre trabajo, identidad y exclusión social, con un enfoque particular en un grupo que surge como una presencia incómoda y desafiante para las normativas sociales

1 Psicología - Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Grupo de Investigación: Medición y Evaluación Psicológica en Contexto Básicos y Aplicados, https://orcid.org/0009-0007-2233-2179

2 Psicología - Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Grupo de Investigación: Medición y Evaluación Psicológica en Contexto Básicos y Aplicados, https://orcid.org/0009-0007-2083-1871

actuales: los jóvenes nini. Estas condiciones, lejos de ser únicamente factores económicos, constituyen determinantes sociales de la salud (DSS), en tanto estructuran el acceso desigual a recursos materiales, simbólicos y afectivos que inciden directamente sobre el bienestar físico y psicosocial de las personas.

Desde las teorías clásicas del desarrollo humano hasta los enfoques contemporáneos, el trabajo ha ocupado un lugar central en la construcción de la identidad personal y social, concebido como el vehículo principal para la emancipación económica y social, la participación cívica y el acceso al consumo. Sin embargo, en la era de la globalización económica y la precarización laboral, esta narrativa enfrenta desafíos sin precedentes. La juventud, en su transición hacia la vida adulta, se ve especialmente afectada por estas dinámicas, enfrentando la realidad de un mercado laboral cada vez más volátil y exigente.

En este escenario, el acceso desigual a oportunidades de empleo digno, educación de calidad y estabilidad socioeconómica se constituye como un conjunto de DSS, que influyen directamente en las trayectorias vitales de los jóvenes, dado que la imposibilidad de acceder a estos recursos básicos no solo limita su desarrollo identitario y su participación social, sino que incrementa su vulnerabilidad frente al malestar emocional, la exclusión y la pérdida de sentido, como ocurre con quienes son clasificados bajo la categoría nini.

Este capítulo se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, empleando como estrategia metodológica la revisión narrativa, la cual resulta pertinente en el abordaje de fenómenos complejos y multifactoriales, especialmente cuando se busca su análisis crítico, contextual y comprensivo. El objetivo general fue reflexionar en torno a la literatura académica sobre el fenómeno nini desde la perspectiva de la psicología social crítica y los DSS, con el propósito de comprender sus implicaciones en los procesos de exclusión, estigmatización y vulnerabilidad social.

De acuerdo con Aguilera-Eguía (2014), la revisión narrativa se distingue por su flexibilidad teórica y metodológica, permitiendo al investigador explorar, integrar y reflexionar sobre un cuerpo amplio y diverso de literatura, reconociendo los aportes, vacíos y tensiones presentes en los enfoques existentes. En este caso, se partió de la pregunta orientadora: ¿Cómo ha sido abordado el fenómeno nini en la literatura académica desde la psicología social crítica y los enfoques de determinantes sociales, y qué implicaciones tiene esta conceptualización en el análisis de sus condiciones de exclusión, estigmatización y vulnerabilidad social?

Con base en esta pregunta, se realizó una búsqueda de fuentes documentales en bases de datos científicas como Scielo, Redalyc, Dialnet y Google Scholar, entre otras, así como en libros especializados en psicología social, sociología de la juventud, educación crítica y salud pública. Se seleccionaron documentos publicados entre los años 2012 y 2022, escritos en español e inglés, priorizando aquellos con enfoques críticos, estructurales o comunitarios que cuestionan las explicaciones individualizantes o moralizantes del fenómeno nini.

El proceso de análisis se organizó en tres fases: en primer lugar, se efectuó una recopilación de documentos a partir de descriptores como "jóvenes nini", "exclusión juvenil", "determinantes sociales", "estigmatización" y "salud psicosocial". Posteriormente, se realizó una lectura comprensiva y selectiva de los textos, identificando aquellos que ofrecieran marcos conceptuales y hallazgos relevantes desde una perspectiva crítica. Finalmente, se aplicó un análisis temático narrativo, permitiendo construir categorías emergentes como: la estigmatización del joven nini, los condicionantes estructurales de la inactividad, la crítica a la visión productivista y meritocrática del sistema educativo y laboral, y las implicaciones psicosociales derivadas de la exclusión juvenil.

Así, desde una perspectiva sociológica amplia, se reflexiona sobre las raíces estructurales de la categoría nini, cuestionando las narrativas dominantes que responsabilizan a los jóvenes por su propia

situación. En su lugar, se propone un enfoque más comprensivo, que reconozca las múltiples dimensiones de la precariedad laboral y la exclusión social, y que busque soluciones que trascienden las limitaciones del paradigma *trabajocentrista* (Miranda et al., 2014). A lo largo de esta reflexión se enfatiza en la urgencia de repensar las concepciones sobre el trabajo, la identidad y la inclusión social, más allá de las estadísticas y los discursos políticos, en el terreno donde se encuentran las historias y las experiencias de aquellos que desafían las normativas instauradas y luchan por un lugar en una sociedad que aún no ha encontrado su equilibrio entre el trabajo y la dignidad humana.

Acercamiento a la realidad *trabajocentrista*

Las teorías del desarrollo humano se han originado y consolidado históricamente en un contexto centrado en el trabajo, que presupone como principal objetivo del individuo lograr su emancipación económica, social y familiar a través del empleo. Se considera que este espacio laboral facilita su inclusión en la vida cívica y política y, mediante el acceso a un salario, su participación en el circuito de consumo. Sin embargo, de acuerdo con Serracant (2012), en la actualidad este proceso es complejo y heterogéneo debido a las dinámicas del capitalismo posmoderno-posfordista donde predominan la escasez de oportunidades laborales, la precarización de las relaciones laborales y la inestabilidad en los contratos, condiciones que se constituyen en DSS que estructuran el acceso desigual a recursos que inciden directamente sobre el bienestar físico y psicosocial de las personas.

La importancia del trabajo en la vida de las personas radica en su papel como pilar de ciudadanía, medio de participación social y referencia ética que promueve valores como la laboriosidad, profesionalidad, esfuerzo, constancia y disciplina (Blanch, 1986). Aun así, la idea del pleno empleo se presenta tanto como una necesidad socialmente urgente como una utopía, ya que prioriza la satisfacción derivada del hecho de tener trabajo sobre la satisfacción percibida en el

propio puesto laboral. Es decir, por un lado, la satisfacción asociada con simplemente tener un trabajo puede eclipsar la importancia de encontrar un empleo que brinde realización personal y profesional. Así, Inglehart (2015) destaca una paradoja: se valora más la idea de tener un trabajo que la experiencia real de satisfacción y realización en el ámbito laboral específico.

Bajo esta concepción, la juventud ha sido establecida como una fase crucial en el desarrollo humano, marcada por la transición hacia la inserción en el mercado laboral. En consecuencia, la educación se ha orientado a preparar a los jóvenes para enfrentar las demandas económicas. No obstante, la realidad del mercado laboral global resulta más compleja y dinámica: los programas formativos no garantizan la obtención de empleo, y la inserción laboral conlleva a menudo a subempleos inestables, caracterizados por precarias condiciones contractuales, así como a trayectorias laborales fragmentadas con períodos críticos de desempleo (Miranda, 2015).

Estas discrepancias han llevado a cuestionar la suficiencia del concepto tradicional de "empleo" para describir las diversas formas contemporáneas de actividad laboral en las que se ven inmersos los jóvenes (Fraiser et al., 2011). De manera que la fragmentación laboral ha desafiado la noción de pleno empleo, haciendo evidente la necesidad de reconocer otras formas y matices de actividad laboral, por ejemplo, el trabajo de cuidado doméstico, que, a pesar de su importancia dentro del sistema socioeconómico, no es directamente reconocido como una actividad productiva.

En este contexto, emergen dos formas de precariedad: la precariedad laboral, que se refiere a la falta de calidad y protección social en las condiciones de trabajo, y la precariedad económica —conocida como "pobreza laboral" —, que afecta a aquellos cuyos salarios no alcanzan el umbral necesario para salir de la pobreza (Fuentes & García, 2020). A pesar de estas realidades, persiste una perspectiva centrada en el trabajo, donde la falta de empleo genera temor y se percibe como una fuente significativa de estrés psicosocial. Así, el desempleo y la crisis económica se consideran las principales causas

de malestar subjetivo, tanto para aquellos que están empleados como para aquellos que no lo están.

En este contexto de precariedad laboral y económica, es fundamental explorar cómo estas condiciones impactan directamente a ciertos sectores de la población, especialmente a los jóvenes. La falta de empleo y las condiciones laborales inestables no solo afectan el bienestar material de las personas, sino que también tienen repercusiones significativas desde los DSS, ya que la exclusión de los sistemas formales de educación y empleo reduce la posibilidad de construir un sentido de pertenencia, identidad y propósito vital. Es así como emerge una realidad preocupante para los gobiernos: la presencia de los jóvenes nini, quienes se encuentran fuera del circuito educativo y laboral, representando una presencia incómoda en la sociedad contemporánea (Blanch, 2014). En la siguiente sección, se analizará en detalle quiénes son los jóvenes nini, las causas que subyacen a su situación y las implicaciones sociales que esto conlleva.

Los jóvenes nini: una presencia incómoda

La categoría *nini* surge para señalar a una parte de la población juvenil que ni se involucra en actividades de formación ocupacional ni muestra interés en participar en espacios productivos. Este grupo configura un sector social que ha sido sistemáticamente invisibilizado, interpretado principalmente desde lecturas economicistas que atribuyen su situación a la falta de oportunidades laborales y formativas (García-Fuentes, 2020). Demográficamente, algunos países definen esta categoría para jóvenes entre los 18 y 25 años, mientras que otros la amplían desde los 15 hasta los 35 años. Argumentando que su surgimiento está ligado al fracaso y la deserción escolar, extendiéndose también al ámbito sociolaboral (García-Ubaque, 2012). Incluso, de acuerdo con Miranda et al., (2014), algunos autores argumentan que estos jóvenes provienen de familias con graves problemas de privación, lo que afecta su identidad y desarrollo "normal".

En el marco de esta categoría, se observa una realidad muy diferente, compleja y multifacética, en la que se identifican subgrupos específicos de jóvenes altamente *inempleables*, inactivos y marginados socialmente, quienes constituyen un núcleo dentro de la categoría nini. Estos jóvenes se caracterizan por su persistente exclusión del sistema laboral y educativo, así como por su falta de interés o rechazo activo hacia el empleo convencional y las normas del mercado laboral (Jahoda, 1987). Esta intensa *ninidad*, marcada por la ausencia de búsqueda activa de empleo y la resistencia abierta al sistema laboral, conlleva a la construcción social de estereotipos que los vinculan con la ociosidad y el parasitismo social, generando connotaciones de culpa moral en diversos contextos socioculturales (Navarrete-Moreno et al., 2011).

Las percepciones estigmatizadoras hacia los jóvenes nini evocan el debate sobre los "malos pobres" del Norte Global, especialmente en contextos como la Inglaterra de Thatcher, época en la cual diferentes perspectivas dentro de la epidemiología social evidenciaron la gravedad del fenómeno en distintos países, con prevalencias variables según el enfoque utilizado (Serracant, 2012). Frente a esto, en los estudios críticos hay consenso claro sobre la relevancia social y psicosocial de los nini, lo que exige una mirada comprensiva y estructural. En este marco, los DSS permiten comprender cómo la pobreza, el desempleo, la exclusión educativa y la estigmatización inciden directamente en el bienestar psicológico y social de las juventudes, reforzando su vulnerabilidad.

En relación con lo anterior, el colectivo nini pone de manifiesto cómo determinantes, tales como el acceso a la educación, el empleo digno, la seguridad social y el reconocimiento ciudadano, están profundamente mediados por desigualdades estructurales. Esta población representa un quiebre con la concepción tradicional de la sociedad del bienestar y del pleno empleo, revelando que el bienestar social no se distribuye de manera equitativa, sino que se convierte en un privilegio reservado para quienes logran insertarse exitosamente en el mercado (Beck y Alborés-Rey, 2002). La ninidad, entonces, expresa los efectos acumulativos de la anomia, la exclusión

social y económica, y la falta de protección institucional, que limitan el desarrollo de capacidades, derechos y oportunidades. Como señala Serracant (2012), esta precariedad existencial es resultado de tendencias estructurales que no solo obstaculizan la participación laboral y educativa, sino que afectan directamente la salud mental, el sentido de pertenencia y la posibilidad de construir trayectorias de vida dignas.

De acuerdo con Mingione (1994), la persistencia del fenómeno nini ha motivado una serie de estudios que vinculan su aumento con los efectos de la crisis económica, proponiendo como respuesta principal intervenciones centradas en el acceso al empleo. Sin embargo, estas estrategias no se ajustan a las condiciones reales que enfrentan muchos jóvenes, como ya se ha señalado, dado que tales enfoques suelen individualizar la responsabilidad de la inactividad juvenil, atribuyéndola a supuestas deficiencias en la formación educativa, en las habilidades laborales o en las capacidades personales de afrontamiento. Esta mirada refleja una cosmovisión arraigada en los postulados del neoliberalismo, que desplaza el foco desde los factores estructurales hacia la responsabilidad individual, invisibilizando así los condicionantes sociales y sistémicos que inciden en la exclusión juvenil.

En esta línea de pensamiento, la consolidación de la teoría del capital humano, desarrollada por Schultz (1960) y Becker (1964), ha reforzado en las últimas décadas una visión marcadamente economicista sobre los problemas de inserción laboral juvenil. Dicha perspectiva refuerza una lógica que traslada la carga del problema al individuo, eximiendo de responsabilidad a las estructuras sociales que condicionan el acceso real a derechos y oportunidades. Como señala Jahoda (1982), esta narrativa cumple una doble función: culpabiliza a las víctimas del fenómeno y absuelve al sistema que lo produce.

En contraste, las perspectivas críticas, como las de Navarrete et al. (2011), entienden la ninidad no como una falla individual, sino como expresión de una crisis cultural y estructural más profunda,

cuyas consecuencias psicosociales incluyen la desorganización existencial y el quiebre de proyectos vitales debido a la sistemática afectación de los DSS, particularmente aquellos relacionados con la participación, la pertenencia y el reconocimiento ciudadano.

El análisis de las teorías sociológicas contemporáneas permite comprender que las trayectorias laborales de los jóvenes nini no pueden ser explicadas únicamente desde factores individuales, sino que responden a una compleja interacción entre estructuras económicas, procesos culturales y condiciones sociales que configuran sus posibilidades de inserción (Miranda, 2015). Esta interrelación evidencia que la precariedad laboral y económica no solo limita su autonomía, sino que actúa como un determinante social clave que afecta su salud mental, su sentido de agencia y su reconocimiento social. Además, subraya la importancia de examinar cómo las normativas sociales y laborales institucionalizadas mediante discursos, políticas públicas y prácticas cotidianas moldean su desarrollo sociolaboral y restringen las trayectorias posibles.

En este contexto, se abre paso a la exploración de las dinámicas normativas en el desarrollo sociolaboral, un campo en el que se profundiza cómo las percepciones culturales y las respuestas gubernamentales terminan por legitimar o bloquear el acceso de estos jóvenes a los recursos sociales que sostienen el bienestar y la dignidad.

Dinámicas normativas en el desarrollo sociolaboral

El análisis crítico de la transición educación-trabajo revela la complejidad de los factores estructurales que influyen en estas trayectorias (Velasco, 2011), A medida que se profundiza en las experiencias de transición, se evidencia que la interacción entre los DSS, las políticas y el contexto socioeconómico suscita cuestionamientos sobre el carácter normativo impuesto en la transición de la educación al trabajo como un espacio clave en el

desarrollo individual y social. Bendit y Miranda (2015) proponen una visión más amplia que pone de manifiesto las limitaciones impuestas por los enfoques que individualizan la responsabilidad de los jóvenes en su transición hacia el mundo laboral, sin considerar las restricciones y oportunidades estructurales que moldean sus experiencias.

De acuerdo con Miranda et al. (2014), al examinar las dinámicas de inserción laboral de los jóvenes en su adultez temprana, resulta necesario analizar la importancia de los puestos de trabajo que ocupan en la estructura del sistema laboral, dado que este proceso suele ser un enclasamiento que refleja las tendencias generales hacia la reproducción de la estructura social en distintos momentos y sociedades. Así pues, es imprescindible comprender la transición educación-trabajo más allá de su aspecto individual y considerar su papel como parte de un proceso más amplio de estructuración social.

La conceptualización de la categoría nini ha sido objeto de análisis crítico en los estudios sociales, que destacan la importancia de comprenderla en el contexto de transformaciones históricas y sociales más amplias. Durante las últimas décadas del siglo XX se observó un cambio significativo en la construcción social de la juventud, marcado por una tendencia hacia la democratización y el reconocimiento de los derechos de los jóvenes. Sin embargo, como lo señalan Bendit y Miranda (2015), estas transformaciones coexisten con desafíos persistentes como la exclusión educativa y laboral de ciertos grupos sociales de menores ingresos, lo cual ha contribuido a la consolidación de la categoría nini.

En el transcurso del siglo pasado, se evidenció un deterioro significativo en la situación social de la juventud, acentuado principalmente en América Latina con los programas de ajuste y reforma estructural de los años noventa (Mosquera et al., 2018). La introducción de la categoría nini reflejó el impacto de los cambios económicos y sociales en la marginalización y la exclusión social de las nuevas generaciones, lo que suscitó debates en torno a

determinantes sociales como la vulnerabilidad y la polarización social. De acuerdo con el análisis de Bottinelli y Sleiman (2014), a pesar de las transformaciones posteriores que apuntaban a un crecimiento económico inclusivo y a la promoción de políticas públicas universalistas, la persistencia del término nini en el discurso social revela la existencia de dinámicas de pánico moral en torno a la juventud y su situación de desempleo y vulneración económica.

Esta dinámica, caracterizada por la magnificación, la confusión y el temor en la percepción de fenómenos juveniles, refuerza estereotipos y estigmatizaciones que limitan la comprensión de la diversidad de experiencias juveniles y su contexto social y económico. Además, según Blanch (2014), esta dinámica contribuye al mantenimiento de normativas en la transición de la juventud a la adultez, marcada por el paso de la educación al trabajo, lo que a su vez instaura modos y estilos de vida que son percibidos como los únicos aceptables o deseables. Esta imposición de normatividades genera presiones y expectativas sociales que no se ajustan a la realidad de todos los jóvenes. Como resultado, hay una marginación de aquellos que no encajan en el prototipo establecido, lo cual puede generar sentimientos de vergüenza y culpa, deteriorar la autoconfianza y limitar las oportunidades para desempeñarse en trabajos significativos y satisfactorios (Navarrete-Moreno et al., 2011).

La estigmatización asociada a ser etiquetado como nini puede profundizar la sensación de marginación y reforzar la identidad impuesta por la sociedad, contribuyendo así a la perpetuación de la exclusión y la dificultad para encontrar un sentido de pertenencia y realización personal (Velasco, 2011). En el siguiente apartado, se analizará cómo la categoría de nini influye en la construcción de la identidad de los jóvenes y cómo esta asignación identitaria puede impactar sus trayectorias socio-laborales y su bienestar psicosocial.

La ninidad como una categoría de asignación identitaria

Según Miranda (2015), el desarrollo identitario de los jóvenes reconocidos bajo la etiqueta nini está fuertemente influenciado por las expectativas y presiones sociales, así como por las representaciones colectivas que los posicionan como una carga para la sociedad. La constante exposición a estos estigmas puede llevar a la internalización de discursos de inutilidad o fracaso, generando sentimientos de alienación y rechazo que dificultan su integración social y el establecimiento de vínculos significativos. Esta situación no solo compromete su experiencia relacional, sino que constituye un determinante social de la salud en sí mismo: la exclusión simbólica y la falta de reconocimiento social limitan el acceso a espacios de participación, afectando de manera directa la salud mental y el bienestar emocional de estos jóvenes (Rodríguez, 2022).

Así, la construcción de identidad en el contexto de la ninidad implica un proceso de negociación y resistencia frente a las expectativas sociales y las limitaciones estructurales impuestas por el sistema (López, 2019). Esta dinámica se enmarca en una tensión constante entre lo que la sociedad espera de los jóvenes y las condiciones reales que restringen su capacidad de agencia. De acuerdo con Blanch (2014), esta compleja negociación identitaria se desarrolla en un escenario marcado por la metamorfosis del mundo laboral, que ha transformado profundamente el lugar del empleo en la vida moderna, generando nuevas formas de ocupación y exclusión. En este nuevo paradigma, surgen interrogantes no solo sobre la estabilidad y sentido del trabajo, sino también sobre sus efectos psicosociales en quienes no logran insertarse de manera normativa en el mercado, como es el caso de los jóvenes nini.

A medida que estas nuevas formas de empleo adquieren un papel central en el desarrollo sociolaboral, también reconfiguran los espacios sociales en los que los jóvenes negocian su sentido de pertenencia, sus valores y su autoconcepto (Fraiser et al., 2011). Esta transformación incide directamente en la construcción identitaria,

pues altera las referencias tradicionales sobre las que se sostenía la vinculación social y el reconocimiento. En este proceso, como señala Taylor (2006), la comunidad cumple un papel fundamental: es allí donde las personas elaboran su identidad a través de la interpretación compartida, la construcción de significado y la búsqueda de reconocimiento social. La internalización progresiva de normas, valores y experiencias a lo largo del tiempo influye en la configuración de actitudes y comportamientos, permitiendo la adopción de roles sociales.

Sin embargo, cuando las oportunidades educativas y laborales son limitadas o inexistentes, como ocurre con muchos jóvenes clasificados como nini, se produce un impacto negativo en su autoestima y sentido de pertenencia (García-Ubaque et al., 2012). La ausencia de roles sociales claramente definidos genera sentimientos de desesperanza y desorientación, haciendo que estos jóvenes perciban que no tienen un lugar en la sociedad ni un propósito claro en la vida. En consecuencia, como advierte Omelaenco (2019), el proceso de desarrollo identitario se ve profundamente comprometido, ya que las posibilidades de autorrealización y de construcción de un proyecto vital con significado se ven sistemáticamente obstaculizadas por las condiciones estructurales de exclusión.

La construcción de la identidad en el contexto de los jóvenes nini se revela como un proceso profundamente complejo, moldeado por dinámicas de poder, exclusión social y una búsqueda constante de sentido de pertenencia. Según Blanch (2014), las identidades emergen en formas específicas dentro de un entramado de relaciones de poder, como resultado de la diferencia y de la exclusión educativa y laboral. Estas identidades no surgen en el vacío, sino que se configuran en un terreno de lucha y conflicto simbólico, dominado por los valores de la sociedad trabajocentrista, que asocia la valía personal con la productividad y la inserción laboral.

En este escenario, la formación identitaria juvenil choca con normas sociales preestablecidas que no se ajustan a las condiciones reales

ni a las necesidades subjetivas de los jóvenes (García-Fuentes, 2022). Lo anterior evidencia la dificultad de seguir las trayectorias normativas institucionalizadas, sostenidas por mecanismos de control y disciplina social como la educación formal y la búsqueda de empleo, concebidos como ejes centrales del desarrollo personal y social.

Reflexión final

Es crucial reconocer que la categoría nini no refleja con precisión las condiciones reales en las que viven muchos jóvenes. Aunque algunos pueden encontrarse fuera del sistema educativo o laboral gracias al respaldo económico de sus familias, esta etiqueta también agrupa a quienes participan en actividades significativas que no son reconocidas por el paradigma tradicional del trabajo remunerado (Blanch, 2007). Por ejemplo, se invisibiliza el trabajo no remunerado que tiene lugar en los hogares —como el cuidado de familiares, las tareas domésticas o el acompañamiento emocional —, el cual constituye formas esenciales de sostenimiento de la vida.

En este sentido, la categoría nini simplifica y estigmatiza una realidad compleja, ocultando tanto las contribuciones que muchos jóvenes realizan a sus comunidades como las barreras estructurales y DSS que enfrentan para alcanzar su realización personal y profesional. Limitarse a esta etiqueta no solo distorsiona la comprensión del fenómeno, sino que perpetúa lecturas individualizantes que ignoran las desigualdades de fondo. Por ello, se hace necesario un enfoque más amplio, crítico y comprensivo que reconozca la pluralidad de trayectorias juveniles y valore las múltiples formas en que los jóvenes participan, resisten y contribuyen a la sociedad.

En este sentido, Blanch (2014) advierte que el fenómeno nini no se reduce a la ausencia de empleo, sino que expresa el malestar de una juventud atrapada en un sistema económico que precariza sus trayectorias y restringe sus posibilidades reales de inclusión. La combinación de una educación desvinculada del mundo laboral y

de relaciones contractuales inestables crea barreras estructurales que, lejos de ser circunstanciales, configuran condiciones sociales que vulneran el bienestar. Como ya se ha argumentado, este escenario no puede abordarse únicamente con ofertas de formación técnica o programas de inserción laboral. Se requiere, más bien, una transformación de fondo en las políticas económicas y laborales que reconozca la salud, la dignidad y la equidad como derechos, y no como recompensas por productividad. El desafío no es adaptar a los jóvenes al mercado, sino interpelar un mercado que excluye sistemáticamente a los más vulnerables.

Adicionalmente, es importante reconocer que la concepción tradicional de la juventud como una etapa crucial en el desarrollo identitario ha estado profundamente condicionada por la normatividad social y económica propia de las sociedades occidentales y capitalistas. Desde la perspectiva de los DSS, esta narrativa homogeneizadora invisibiliza cómo las condiciones estructurales — como la pobreza, el entorno familiar, el acceso a servicios públicos y el capital cultural — influyen diferencialmente en las trayectorias juveniles, afectando no solo su integración sociolaboral, sino también su bienestar psicológico y emocional.

Por lo tanto, comprender la juventud más allá del trabajo implica reconocerla como una etapa rica en diversidad de experiencias y formas de participación social. Esto exige descentrar la mirada trabajocentrista y visibilizar cómo las condiciones estructurales afectan el acceso a los DSS, impactando el bienestar y las oportunidades vitales de los jóvenes. Solo ampliando esta visión podremos avanzar hacia una sociedad que valore todas las trayectorias juveniles y garantice su derecho a una vida plena y digna.

Referencias

Aguilera Eguía, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? Revista de la sociedad española del dolor, 21(6), 359-360.

Beck, U., y Alborés-Rey, J. (2002). "La sociedad del riesgo global". *Madrid: Siglo Veintiuno (8): 99-120.*

Bendit, R., y Miranda, A. (2015). "Transiciones a la edad adulta en contextos de crisis económica y post-recesión. El caso de Argentina". *Revista de Estudios de la Juventud 18, no. 2 (8): 183-196.*

Bottinelli, L., y Sleiman. C. (2014). "¿Uno de cada dos o dos de tres? Controversias sobre los niveles de egreso de la escuela secundaria." *El Observador. Dossier del Observatorio Educativo de la Universidad Pedagógica 1, no. 2 (5): 334-389.*

Blanch, Josep M. (1986). "Desempleo juvenil y salud psicosocial". Bellaterra: UAB. 13-148.

Blanch, Josep M. (2007). "Psicología Social del Trabajo" Tratado de Psicología Social. Perspectivas Socioculturales. México: UAM. (210-238).

Blanch, Josep M. (2014). "La juventud NINI, un agujero negro psicosocial." Revista Psicologia Organizações e Trabalho, 14, no. 4 (5): 355-366.

Fraiser, N., Gutiérrez, R., y Peña-Casas, R. (2011). "Working Poverty in Europe. A Comparative Approach". *London: Palgrave Macmillan (12): 405-456.*

Fuentes, J. G., y García, J. S. M. (2020). Los jóvenes "NI-NI": un estigma que invisibiliza los problemas sociales de la juventud. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas= Education Policy Analysis Archives*, *28*(1), 9.

García-Fuentes, J. (2022). Transiciones de los jóvenes NI-NI en Granada: de la incertidumbre social a la precarización laboral. *Tránsito a la vida adulta de jóvenes de sistemas de protección y jóvenes vulnerables*, 219-233.

García-Ubaque, J. C., Riaño-Casallas, M. I., y Benavides-Piracón, J. A. (2012). Informalidad, desempleo y subempleo: Un problema de salud pública. *Revista de salud pública*, *14*, 138-150.

Inglehart, R. (2015). "La revolución silenciosa: Cambiando los valores y los estilos políticos entre los públicos occidentales". *Princeton University Press.*

Jahoda, M. (1987). "Empleo y desempleo: un análisis socio-psicológico". *Ediciones Morata (8) no. 2 (17): 12-33.*

Mingione, E. (1994). "Las sociedades fragmentadas: una sociología de la vida económica más allá del paradigma del mercado". *Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 27 (10): 234-312.*

Miranda, A., Corica, A., Aranciba, M., y Merbilhaá, J. (2014). Educación más trabajo= menor desigualdad. La inserción educativa y laboral de los egresados (2011). Caminos al trabajo: el mundo laboral de los jóvenes durante la última etapa del gobierno kirchnerista. *Buenos Aires: Miño y Dávila.*

Miranda, A. (2015). "Sobre la escasa pertinencia de la categoría NINI: una contribución al debate plural sobre la situación de la juventud en la Argentina contemporánea." *Revista Latinoamericana de Política y Administración de la Educación, 14 no. 3 (3): 60-73.*

Mosquera, A. C. R., García, M. D. L. O. P., y Cortés, J. C. Á. (2018). Jóvenes nini. Nuevas trayectorias hacia la exclusión social. Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales, (15), 39-49.

Navarrete Moreno, L., Caro Sagüés, G., Carreras, E., De Francisco, R., Gastón Faci, D., Roldán, A., Gutierrez Villalta, J., y Zúñiga Contreras, R. (2011). "Desmontando a ni-ni. Un estereotipo juvenil en tiempos de crisis." *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 12, no. 2 (5): 551-565.*

Omelaenko, N. (2019). "Identity as a Social Phenomenon." Smart Technologies and Innovations in Design for Control of Technological Processes and Objects: Economy and Production: *Proceeding of the International Science and Technology Conference" FarEastCon-2018" Volume 2. Springer International Publishing.*

Rodríguez, S. (2022). Factores de incidencia para que los jóvenes bogotanos se conviertan en ninis. *Espacio Sociológico*, (2), 47-81.

Serracant, P. (2012). "Generación Ni-Ni'. Estigmatización y exclusión social. Génesis y evolución de un concepto problemático y propuesta de un nuevo indicador". *Observatorio Catalán de la Juventud, 12, 3 (12): 109-194.*

Taylor, C. (2006). "Las Fuentes del Yo [The Sources of Self]." *Barcelona, ES: Paidós.*

Velasco, D. T. (2011). Jóvenes nini y profesionistas titi: la estratificación letrada del desempleo. *El Cotidiano*, (169), 83-96.

10. Modelo tridimensional de atención primaria en salud

Diana Carolina Sierra Trujillo[1]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
diana.sierra@uptc.edu.co.

Jorge Humberto Castillo Silva[2]
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
humberto.castillo@uptc.edu.co

Los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad son diversos en cada territorio. Por ello, se requiere una herramienta metodológica que pueda ser practica para el médico de familia y los equipos de Atención Primaria en Salud (APS) que permita integrar las acciones y conocimientos de la comunidad, los recursos humanos y técnicos del sector salud y las posibilidades de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. El modelo APS-3D ofrece una posibilidad factible en cualquier tipo de población para la toma consensuada de decisiones con base en los conceptos de gestión del riesgo, gestión de la salud pública y gobernanza.

1 M.D. Especialista en Epidemiología, Mg en Bioética, Doctoranda en Bioética Docente Escuela de medicina Uptc ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7809-9309

2 M.D. Especialista en Fisiatría, Especialista en Epidemiología, PhD en Historia de la Educación. Docente Escuela de medicina Uptc ORCID: https://orcid.org/0009-0009-0757-6831

El presente capitulo explica la concepción, análisis y estructuración de un modelo tridimensional en Atención Primaria en Salud (Modelo APS-3D) cuyo objetivo es ser comprensible, práctico y operativo en los territorios, además de ser implementado en el marco de las políticas gubernamentales actuales. Se parte del principio básico de que no es posible resolver un problema de salud sin la interacción simultánea de las tres dimensiones que reconoce la APS desde sus fundamentos, acogidos en la Ley 1438 de 2011 para Colombia: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana.

Además del diseño, se describen sus principales colaboradores y evaluadores para luego establecer la definición del modelo, el papel de cada uno de los sectores involucrados en sus tres ejes constitutivos y las relaciones y condiciones que los modulan. Finalmente, se explica la operatividad del modelo.

Teniendo como contexto la diversidad de las comunidades, el modelo se constituye en una estrategia de apropiación social del conocimiento aplicable a las distintas realidades de los territorios. Su finalidad es priorizar problemas y encontrar soluciones que puedan ser tenidas en cuenta por los tomadores de decisiones, orientando las acciones hacia la salud, el bienestar y el desarrollo colectivo.

Fundamentación y contexto del Modelo Tridimensional (APS-3D)

Crear un modelo de salud desde el enfoque de APS, cuyo fundamento es la familia y la comunidad, representa un desafío y a la vez una necesidad ineludible. En América Latina, los determinantes sociales son adversos por las condiciones de pobreza e ignorancia, pero también hay enormes oportunidades de desarrollo dadas por la exuberante riqueza tanto cultural como de recursos naturales. Sin embargo, a pesar de los avances teóricos en la comprensión de los principios de la APS desde la Declaración de Alma Ata en 1978,

existe una gran dificultad para su aplicación eficiente en la práctica, lo que ha llevado a que, para muchos, la APS parezca una utopía inalcanzable.

Es necesario aceptar algunos preceptos básicos de la APS como prerrequisitos, entre ellos, que el proceso salud-enfermedad está intrínsecamente relacionado con el bienestar comunitario, y que este último no puede existir sin un desarrollo sostenible (ONU , 1987), ni desconocer los determinantes y las causas que inclinan hacia uno u otro lado la balanza.

La teoría de los sistemas, y más claramente la teoría del desarrollo ecológico humano, (Bronfenbrenner & Morris, 1998) establece en profundidad las relaciones entre los diferentes actores. Sin embargo, más allá de estas abstracciones del mundo académico, existe un principio de realidad[3] que desborda la comprensión teórica: las causas de las causas desembocan en un territorio social[4] y en unos individuos, quienes, a pesar de no analizar teóricamente las complejas relaciones del sistema, las experimentan y lidian con la necesidad imperiosa de resolverlas.

Hay dos condiciones que modulan transversalmente el modelo. La primera es que la salud depende, fundamentalmente, del cuidado y el autocuidado, no solamente concebidos como una acción individual, sino también como la decisión de una sociedad que prioriza la salud como el eje de su desarrollo.

La segunda se refiere a reconocer la incertidumbre de la aventura humana como un hecho cierto, ahora más que nunca en el contexto

3 Es aquel por el cual, en caso de divergencia entre lo que ocurre en la realidad y lo que se ha plasmado en los documentos, debe darse prevalencia a lo que surge en la práctica (Silva, 2008).

4 El territorio ayuda en la interpretación y comprensión de las relaciones sociales vinculadas con la dimensión espacial; contiene las prácticas sociales y simbólicas que los seres humanos desarrollan en la sociedad en su íntima relación con la naturaleza (Llanos, 2010)El término tercer mundo fue acuñado por el economista francés Alfred Sauvy, haciendo referencia a los países no desarrollados y explotados en materia económica por las potencias mundiales en la relación materia prima/producto facturado. Estos países se caracterizan por el analfabetismo, el hambre, las carencias hospitalarias y de salud pública. Además, tienen viviendas y servicios sanitarios precarios y una escasa expectativa de vida. Todo ello es producto de una base económica agraria, escasa infraestructura, exportación de materias primas, y una economía endeudada con los países industrializados. Son en general, los países menos desarrollados económica y socialmente (Sauvy, A. 1952).

del cambio climático y la inteligencia artificial. Se considera que muchos de los determinantes del proceso salud-enfermedad se mueven dentro de una compleja realidad que es esencialmente impredecible. Ambas circunstancias ponen por fuera del sector salud la responsabilidad y la trasfieren a la sociedad entera.

Las consideraciones anteriores se tornan aún más pertinentes en países del Tercer Mundo[5]

en condiciones de pobreza y violencia. Se trata de contextos con poblaciones piramidales de base ancha, es decir con una base demográfica amplia compuesta por niños y adolescentes, además de una mayoría de adultos en el sector de la producción informal. Esto significa una enorme cantidad de población dependiente, con altas tasa de analfabetismo y necesidades básicas insatisfechas (NBI), lo que agrava la insuficiencia de recursos tanto gubernamentales como del sector salud, en comparación con los países ricos.

Un sistema de salud fundamentado en la asistencia médica reparativa y en tecnología —por avanzada que esta sea— se encuentra todavía lejos de reparar aceptablemente la compleja biología humana, exhibe circunstancias agravadas para los países pobres que no producen la tecnología o no la pueden pagar. Sin excluir la necesidad de la asistencia médica hospitalaria para asumir con responsabilidad lo que no pudo evitarse por la promoción y prevención es necesario reconocer, como lo afirmó Tejada de Rivero, coordinador de la conferencia de Alma Ata en 1978:

> La salud es por, sobre todo, una realidad social compleja, un proceso social aún más complejo, y un proceso político dentro del cual hay que tomar decisiones políticas no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores. (Tejada de Rivero, 2003, p2.)

El modelo APS-3D busca disminuir la brecha aumentada cuando los técnicos, desde una postura vertical, crean modelos que utilizan términos académicos y documentos extensos, lo que limita la participación de las comunidades y fortalece el fenómeno

5 La validez externa se refiere al grado en que los resultados de un estudio pueden ser generalizados a otras poblaciones distinta

burocrático, entendido en su etimología francesa *boreau*, como el gobierno ejercido desde el escritorio.

El modelo adopta una de las definiciones fundamentales de la APS: "que los servicios se presten lo más cerca posible a donde la comunidad vive y trabaja, estén científicamente fundados, sean aceptados cultural y socialmente, además de accesibles económica y tecnológicamente" (Alma Ata, 1978, p2). Esto exige que el planteamiento del problema y la solución propuesta sean hechas con participación de quienes experimentan la realidad en los territorios. Así, el concepto de validez externa se convierte en la constante más importante cuando se pretende implementar una estrategia o un programa en una población y países caracterizados por una alta diversidad étnica, cultural, educativa y económica.

En consecuencia, el modelo APS-3D fue diseñado para aplicarse en territorios sociales tan pequeños como las veredas y los barrios, sin excluir espacios de mayor escala. Su esencia es utilizar la creatividad y los recursos del entorno —muchos de ellos sujetos a cambios culturales y de las costumbres —, sin desconocer la responsabilidad de la intersectorialidad/transectorialidad y el sector salud en la transformación de los determinantes sociales de la salud -enfermedad.

La estructura del modelo APS-3D articula los principios de la APS y la legislación colombiana, específicamente con lo establecido en la Ley 1438 de 2011: "la atención primaria en salud estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana" (Congreso de Colombia, 2011, art. 5).

En este modelo, la comunidad es el eje central y principal responsable de su salud, en tanto sujeto activo del cuidado y el autocuidado, bajo el principio del "el cuidado integral por todos y para todos" (Tejada de Rivero, 2003, p1). No obstante, dicho eje requiere del soporte efectivo de los otros dos: la acción intersectorial/transectorial —

que representa las instituciones estatales en el territorio social— y los servicios de salud. Si estos no funcionan bajo los lineamientos de la APS, la comunidad va a tener muchas dificultades para poder llegar a ser saludable.

El desarrollo del modelo fue financiado por la Secretaría de Salud de Boyacá y ejecutado por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC). Ha sido presentado y evaluado por invitados académicos de Brasil, Estados Unidos, Cuba, Costa Rica, España y Colombia. Una de las fortalezas del modelo es que está articulado al diseño curricular del posgrado de Medicina Familiar de la UPTC.

La base del modelo es un diagrama tridimensional que articula los tres ejes:

1. El cuidado y el autocuidado, ejercidos por la comunidad organizada de acuerdo con el curso vital.
2. La intersectorialidad/transectorialidad, que no proviene únicamente del sector político, sino también de la academia, la iglesia, la empresa privada, los líderes comunitarios, los entes de control, entre otros actores.
3. Los servicios de salud, concebidos según lo propone la APS renovada, es decir, a través de la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OPS/OMS, 2007)

El modelo se construye como una herramienta práctica y lo más didáctica posible para analizar un problema de salud y proponer una solución factible. Su importancia consiste en que obliga a convocar para la solución del problema en tiempo y espacio simultáneos a los tres actores responsables de cada territorio: la comunidad, la intersectorialidad/transectorialidad y el sector salud.

En el modelo APS – 3D, la comunidad se representa con una flecha más gruesa para recordar la importancia de su empoderamiento. En el centro, se dibuja una espiral imaginaria que simboliza la incertidumbre y su dinamismo, esto significa que sus análisis y

conclusiones no se pueden considerar como una verdad permanente; sino como una propuesta de aplicación, sujeta a variaciones en el tiempo.

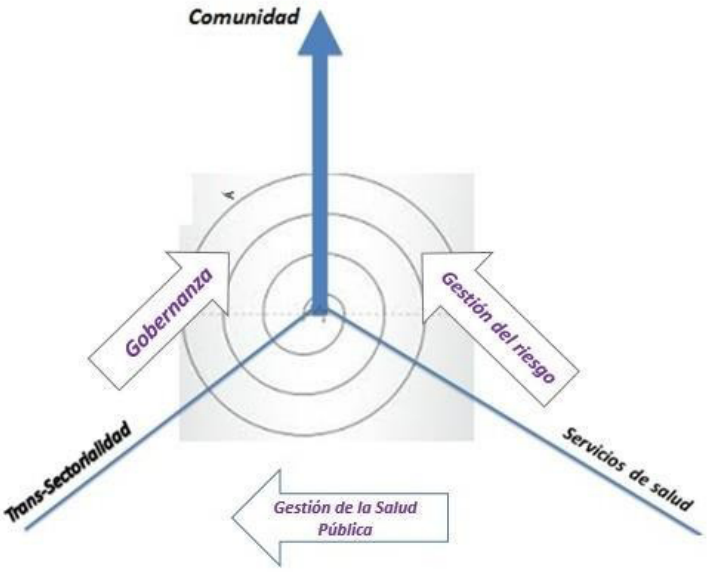
Entre las aristas de los ejes aparecen tres planos que los unen y representan las relaciones entre los ejes que permiten entender sus interacciones.

- Entre la intersectorialidad/transectorialidad y la comunidad, aparece el plano vertical izquierdo denominado *gobernanza*, que explica cómo las instituciones apoyan a la comunidad para que alcancen el bienestar y la autonomía para convertirse en una fuente de riqueza, no en el sentido monetario, sino del desarrollo humano sostenible.
- El segundo plano vertical derecho, llamado *gestión del riesgo*, ubicado entre los servicios de salud y la comunidad, determina las acciones que deben hacer los servicios de salud para lograr que la comunidad no se enferme.
- El tercer plano horizontal, que relaciona los servicios de salud con el eje intersectorial/transectorial de las instituciones, se denomina *gestión de la salud pública*, y representa las relaciones institucionales necesarias para implementar políticas públicas saludables efectivas y eficientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Estos mismos planos tienen unas coordenadas negativas, que usualmente no aparecen en los modelos de salud, pero que representan la posibilidad de comportamiento lesivo de los ejes: en la comunidad, pueden surgir mafias o actitudes negligentes; en el eje intersectorial/transectorial, la corrupción institucional; y en los servicios de salud, intereses económicos que se lucran de la enfermedad. Reconocer estas amenazas es esencial para mantener el rumbo hacia la meta del desarrollo humano sostenible (Figura 2).

Se hizo un esfuerzo deliberado para que el modelo se pudiera consolidar en un solo gráfico, equivalente a un mapa conceptual, para ser explicado en una sola imagen, atendiendo a las capacidades holísticas del hemisferio derecho del cerebro humano.

Figura 1 *Esquema básico modelo APS 3D*



Fuente: Castillo, J H Secretaría de Salud del Boyacá y Modelo de Salud. 2016

Metodología: aspectos prácticos en la implementación del modelo tridimensional

Desde la perspectiva de la APS, un modelo científico que no pueda ser apropiado por la comunidad no tiene validez. Para lograr que no se convierta en letra muerta o en un documento de anaquel, el modelo APS – 3D utiliza como metodología el constructivismo social[6]. Aunque las ideas que lo sustentan pueden ser complejas, lo más importante es que logre ser práctico.

Cómo usar en la práctica el modelo APS - 3D

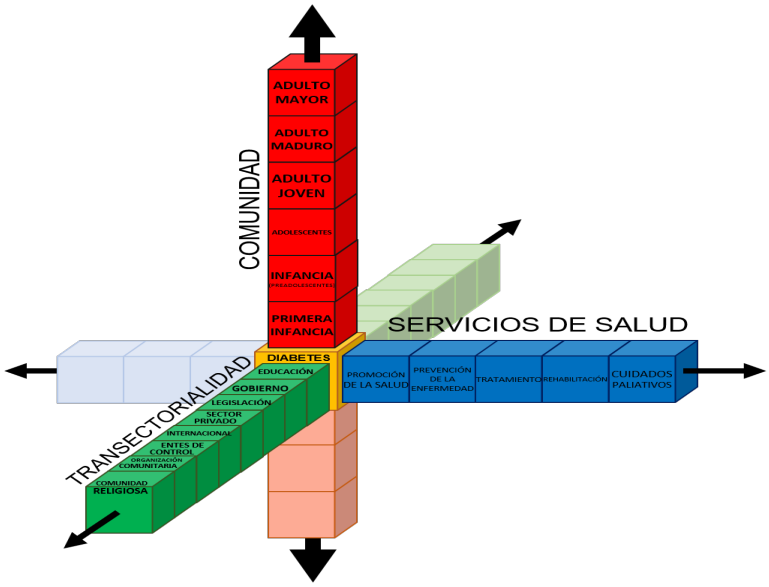
La apropiación social del conocimiento del modelo APS - 3D parte de la exclusión del uso de diapositivas de videobeam para

6 El construccionismo social enfatiza la naturaleza colaborativa del aprendizaje y la importancia del contexto social y cultural. El aprendizaje se basa en la integración, el establecimiento de relaciones y la ampliación de esquemas de conocimiento. Requiere de interacciones significativas entre personas dentro de un ambiente que favorezca la colaboración, la investigación y la creatividad para solucionar problemas. El conocimiento es construido dinámicamente a través de relaciones entre personas y sus ambientes físicos y sociales. (UCD, Dublin, s.f) en https://evolvingeducation.org/es/constructivismo-social/

ilustrarlo, porque puede ser incomprensible para personas que no tengan bachillerato y por lo tanto, no entiendan el funcionamiento de los ejes cartesianos.

En su lugar se trabaja con una maqueta de cubos reales que puede ser entendida por cualquier ser humano, con independencia de su nivel de educación. Además de la maqueta, solo se requieren unas tarjetas de colores y unos lápices.

Figura 2 *Ejes de actores*



Fuente: Modelo de atención en salud en Boyacá (Castillo, 2016)

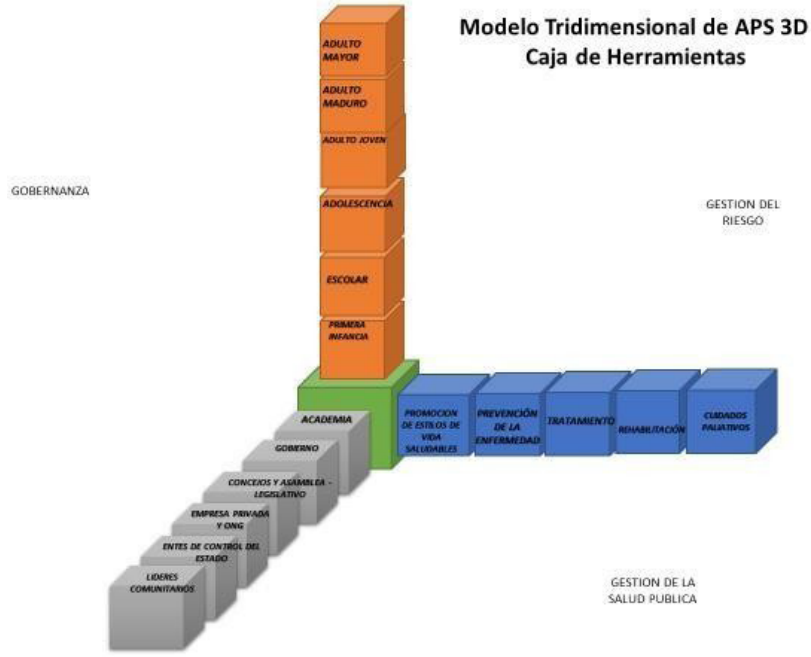
Los ejes están constituidos por cubos-cajas de herramientas que se agrupan según su color. El concepto de "caja de herramientas" se refiere a la posibilidad de ordenar y clasificar elementos. Deben emplearse elementos sencillos y portátiles, que no requieran tecnología para poder usarse en comunidades alejadas.

El cilindro de mayor tamaño se ubica en el centro y contiene un problema de salud que se quiere abordar para resolverlo dentro de un territorio social específico. Cada cubo es una figura metafórica, un lugar real al que se podría acudir y ser recibido por un grupo de personas, un servicio de salud, una institución gubernamental, una empresa, una iglesia o un colegio.

La hilera vertical de cubos rojos del eje comunidad se organiza por curso vital, empezando por la gestación hasta llegar al adulto mayor. El eje horizontal derecho, compuesto por cubos azules y que corresponde a los servicios de salud desde la APS, comprende promoción de estilos de vida saludables, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (Sigerist, 1981).

El eje horizontal izquierdo, conformado por cubos verdes, corresponde a las diferentes instituciones de los municipios o territorios sociales. Entre estas se encuentran los siguientes sectores: el sector académico, que incluye las universidades y colegios; el sector ejecutivo gubernamental, conformado por alcaldes, gobernadores y funcionarios a su cargo; el sector legislativo, compuesto de consejos y asambleas departamentales; las comunidades religiosas; las empresas privadas y ONG; los entes de control del Estado (contraloría, procuraduría y personería); y los líderes comunitarios, como los presidentesde las juntas de acción comunal y acueductos.

Figura 3 *Esquema Modelo APS 3D*



Fuente: Tobo (2016).

Los participantes invitados deben seleccionarse como personas proactivas y que tengan relación con el problema de salud a resolver desde su actividad o vivencia. Un número aproximado entre 10 y 14 personas es manejable para lograr ubicarlos y permitir su participación.

En general, la mitad más uno debe pertenecer a la comunidad, y el resto a la intersectorialidad/transectorialidad y a los servicios de salud. El taller modelo APS-3D en territorio, debe completarse en media jornada, preferiblemente en la mañana, para permitir que las personas puedan desplazarse a sus veredas y atender parte de sus labores domésticas.

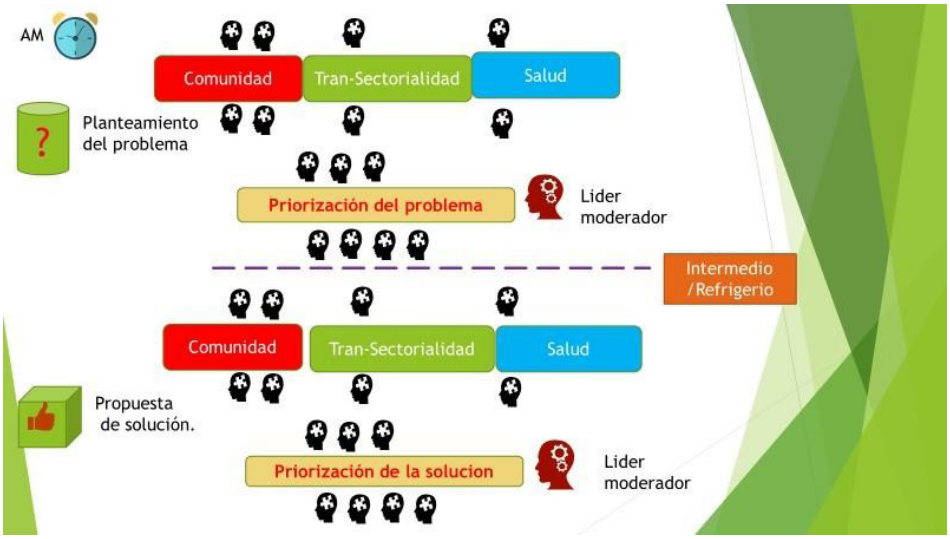
En la primera parte de la jornada se planteará el problema, y en la segunda la solución. Inicialmente los participantes se dividirán en tres mesas independientes: comunidad, intersectorialidad/

transectorialidad y servicios de salud. Cada grupo responderá a la pregunta: ¿cuáles son las causas de la problemática que se desea resolver? Las ideas se anotarán primero de forma individual y luego se discutirán colectivamente para intercambiar opiniones. Las ideas principales se consignarán en tarjetas del color correspondiente a los cubos de la maqueta: rosado para la comunidad, verde para la intersectorialidad/transectorialidad y azul para los servicios de salud. Posteriormente, se reunirán en una plenaria para priorizar la causa principal del problema, la cual se consignará en tarjetas amarillas.

Después de un intermedio o refrigerio de 20 minutos, se volverán a reunir empleando la misma metodología para responder a la pregunta: ¿cuál es la propuesta de solución? Luego se reunirán en una plenaria para priorizar la solución, que se anotará en las tarjetas de color blanco y guardadas en un sobre de manila para su archivo.

Con base en este ejercicio, se elaborará un plan estratégico que permita ejecutar la solución propuesta entre los actores de los tres ejes, asignando responsabilidades específicas a cada uno de ellos. En lo posible, estas acciones deberán ser incluidas en el plan de desarrollo gubernamental.

Figura 4 *Esquema para el desarrollo del taller*



Fuente: Castillo (2016).

Discusión

La estrategia de APS, formulada en 1978 con el objetivo de "salud para todos en el año 2000", se propuso como una iniciativa política que garantizara un orden mundial duradero y en paz. Para ello, había que alcanzar el desarrollo de todos los pueblos del mundo y un estado completo de bienestar biológico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Desde esa época, se ha intentado —tanto desde las instituciones educativas como desde las operativas del sector salud— encontrar una forma práctica y metodológica que territorialice la búsqueda de la salud, superando el modelo de atención bioclínica, el cual se limita a la reparación asistencial de las enfermedades e ignora los determinantes Sociales en Salud.

Desde la Declaración de Alma Ata, ha habido muchos esfuerzos y convenciones en el ámbito de lo político y lo académico; sin embargo, todavía aún persisten controversias. En Colombia,

se han dado adelantos en el campo legislativo, y actualmente se busca implementar la estrategia en las comunidades mediante la formación de posgrados en medicina familiar y la inclusión de énfasis curriculares en algunos programas de pregrado en salud que fortalezcan la APS.

El salto cualitativo más difícil es la puesta en práctica en los territorios. La diversidad social, geográfica, cultural y de orden público requieren una metodología que les permita a las comunidades apropiarse del conocimiento acumulado para transformar sus propias realidades. Si no se logra concretar esta última meta, todos los esfuerzos previos habrán sido inútiles.

Aunque el modelo APS–3D ha sido aplicado en algunas estrategias en el departamento de Boyacá —como en el proyecto *Epigenética y Neurodesarrollo para Boyacá*, en 2020—, requiere mayores experiencias y aplicaciones en problemas relacionados con la atención primaria de salud, así como estudios epidemiológicos tanto cualitativos como cuantitativos que permitan confirmar objetivamente su efectividad.

Conclusión

Las comunidades en las regiones latinoamericanas son extremadamente diversas. Las diferencias entre un ciudadano y otro pueden ser tan amplias como las que existen entre una persona de la Edad Media y otra de Silicon Valley. Las mayores dificultades radican en los conflictos sociales que se desprenden de esa inequidad. Por ello, establecer un mecanismo de comunicación que fomente la solidaridad se vuelve imperativo.

Tradicionalmente, los lenguajes colectivos se fundamentan en doctrinas políticas o religiosas tergiversadas, que históricamente han desembocado en violencia y pobreza. Los principios de la Atención Primaria de Salud pueden ser una alternativa para encontrar la solución a muchos de los problemas. Sin embargo, requieren medios eficientes para poder ser aplicados y entendidos por las comunidades.

El modelo APS–3D se presenta como una estrategia de apropiación social del conocimiento y como una herramienta concreta para alcanzar estos objetivos.

Referencias

Alma-Ata *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud.* Alma Ata URSS, (septiembre de 1978) Disponible en https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf.

Bronfenbrenner, U. y Morris, P.A. (1998). The bioecological model of human development. In W.Damon, *Handbook of child psychology*. Vol. 1 (pp.993–1027). New York, NY: Wiley & Sons.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de SeguridadSocial en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia (19 de Enero de 2011) https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Am ericas-OPS.pdf

Gordis, L. (2019) *Epidemiology* (Sexta edición). (Trad Celentano, D. Szklo, M) Cap 5. *Relación entre validez y fiabilidad.* Elsevier. Barcelona, España ISBN: 978-0-323-55229-5

Llanos – Hernández, L. (2010*). El concepto de territorio y la investigación en las ciencias sociales. Agricultura, sociedad y desarrollo* (p.p 207-220) Disponible en https://www.revista- asyd.mx/index.php/asyd/article/view/1119"

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en salud*. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-gsp-v.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (1987). *Informe Brundtland. Desarrollo y Cooperación Económica Internacional: Medio Ambiente, Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo*. https://undocs.org/es/A/42/427

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Sauvy, A. (1952). Trois mondes, une planéte. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, (12), 81-83. Disponible en https://doi.org/10.2307/3768593

Sigerist H. (1981). Hitos en la historia de la salud pública. Siglo XXI editores. P.96. México

Silva, M. (2008). El principio de la primacía de la realidad. *Derecho y Cambio Social*, *5*(14). Disponible en https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5503274"

Tejada de Rivero, D. (2003). Alma Atta: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud,La revista de la Organización Panamericana de la Salud, 8*(2). Disponible en https://www3.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_4.htm

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC) Gobernación de Boyacá. (2020) *Epigenética y neurodesarrollo para boyacá* "Una nueva campaña libertadora a través de la gestación y la primera infancia. Tunja. Editorial búhos.



Este libro se terminó de editar en el mes
de octubre de 2025, en la Editorial UPTC.
Tunja - Boyacá - Colombia.

La Especialización en Medicina Familiar de la UPTC, ofrecida desde 2018 y con renovación de registro calificado, es pionera en Boyacá. Forma médicos especialistas con enfoque de sistemas y pensamiento complejo, centrados en la Atención Primaria de Salud. Más de 50 egresados lideran procesos de cuidado integral en salud, de desarrollo humano, investigación y gestión en salud del individuo, la familia y la comunidad, con compromiso social, fortaleciendo el sistema de salud y la política pública y la investigación en Medicina Familiar.

EDITORIAL UPTC

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (DSS), "son las condiciones sociales, económicas y físicas del lugar donde una persona nace, vive, estudia, trabaja y envejece, que pueden afectar la salud, el bienestar y la calidad de vida". La implementación de un Modelo Integral de Salud, a partir de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud en territorios ya sean estos urbanos o rurales, o en ámbitos individual, familiar o comunitario requiere de un vasto conocimiento científico de la realidad y sus contextos, de manera que permita comprender las situaciones que atañen la historia de la enfermedad, los recursos para la atención, el componente intersectorial e interinstitucional y las concepciones pedagógicas para una educación asertiva orientada a la prevención, la promoción y la atención clínica integral. La investigación científica, es un factor formativo determinante, para la comprensión de las condiciones de salud y enfermedad en correspondencia con los DSS. Este libro presenta diez (10) capítulos, que buscan la comprensión desde los DDS en diversas áreas de la salud y la enfermedad y pone en evidencias algunas estrategias pedagógicas y formativas en la atención integral para la salud familiar y comunitaria.

FVTVRVM ÆDIFICAMVS

Uptc®
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
VIGILADA MINEDUCACIÓN

ISBN 978-958-660-975-3