



Editor
Álvaro J Idrovo, Ph. D.

Comité editorial y científico

Aldo Solari Illescas, Ph. D., Universidad de Chile, Chile
Alfonso J. Rodríguez-Morales, M. D., Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia
Álvaro Ruiz Morales, M. D., M. Sc., Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
Carlos Alberto Bezerra Tomaz, Ph. D., Universidad de Brasília, Brasil
Diana Carolina Delgado Díaz, Ph. D., Universidad Industrial de Santander, Colombia
Eduardo Ricci Junior, Ph. D., Universidad de Río de Janeiro, Brasil
Federico Silva Sieger, M. D., M. Sc., Fundación Cardiovascular de Colombia, Colombia
Gloria Uicab Pool, Ph. D., Universidad Autónoma de Yucatán, México
Héctor Duarte Tagles, Ph. D., Universidad de Sonora, México
Ietza Bojórquez-Chapela, Ph. D., Colegio de la Frontera Norte, México
Jorge Martín Rodríguez Hernández, Ph. D., Instituto Nacional de Salud, Colombia
Juan Manuel Herrera Arbeláez, Ph. D., Universidad del Bosque, Colombia
Javier Martín Ibañez, Ph. D., Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra, España
Miguel Fernández Niño, Ph. D., Jacobs University Bremen, Alemania
Myriam Ruiz Rodríguez, Ph. D., Universidad Industrial de Santander, Colombia
Mariana Gómez Camponovo, Ph. D., Universidad de la República, Uruguay
Natalia Moreno Castellanos, Ph. D., Universidad Industrial de Santander, Colombia
Patricia Escobar Rivero, Ph. D., Universidad Industrial de Santander, Colombia
Pilar Cristancho, M. D., Washington University in St. Louis, Estados Unidos
Ricardo Pérez Núñez, Ph. D., Instituto Nacional de Salud Pública, México
Ronald Gerardo García Gómez, Ph. D., Universidad de Harvard, Estados Unidos
Raúl Beltrán Debón Ph. D., Universitat Rovira i Virgili, España
Zulma Cucunubá, Ph. D., Imperial College London, Inglaterra

Asistente editorial
Ingeniera, Emma Johanna García Merchán

Escuela editorial
Fabián Manrique, M. D.

Diseño y diagramación
Diseñadora gráfica Sandra Yolima González Ariza
Programa de Apoyo a Revistas UIS
Vicerrectoría de Investigación y Extensión

Impresión
División de Publicaciones UIS

Volumen LI (2019), n.º 3, ISSN 0121-0807

Licencia del Ministerio de Gobierno del 3 de diciembre de 1958, Resolución 823. ISSN 0121-0807. Tarifa reducida Servicios Postales Nacionales vence diciembre de 2019.

Indización

La Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud esta indexada en PUBLINDEX, Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas de Colciencias. Clasificación tipo C.

Índices bibliográficos

Scielo Citation Index
Scielo, Scientific electronic library online de Colombia.

Bases de datos

Redalyc, Red de Revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Lilacs, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud

Imbiomed, Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas

Redib, Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico

Dialnet, hemeroteca de artículos certificados hispanos en internet

Doaj, Directory of Open Access Journals

Fuente Académica Premier

CAB Abstracts

Global Health

Qualis-Capes

Cite Factor

Ulrich

CANJE BIBLIOGRÁFICO

Biblioteca, canje bibliográfico, Universidad Industrial de Santander
Correo electrónico: canjebib@uis.edu.co

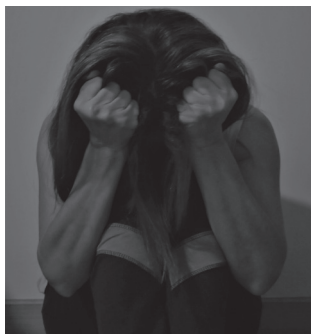


Forma de adquisición: compra, Librería UIS, ciudad universitaria, Bucaramanga.
Suscripción al material digital- Registro gratuito en el enlace <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/user/register>

Correspondencia: Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, carrera 32 n.º 29-31. Edificio Roberto Serpa Flórez, oficina: 309 Tel. 6344000 ext. 3210 Bucaramanga. Colombia. <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis>
correo electrónico: saluduis1@uis.edu.co, rev.saluduis@gmail.com

Derechos reservados de autor. se autoriza la reproducción parcial o total de la obra para fines educativos siempre y cuando se cite la fuente.





Título: Oscura depresión
Autora: Camila Idrovo

Contenido

Editorial

Suicidio de médicos. Una realidad ignorada

Jorge L Alvarado-Socarras, Edgar F Manrique-Hernández 194

¿Es el suicidio un evento prevenible?

Adalberto Campo-Arias, Yuly Suárez-Colorado 196

Artículos de investigación e innovación

Análisis de los defectos congénitos en Colombia, 2015-2017

Greace Alejandra Avila Mellizo, Nathaly Rozo-Gutierrez, Diana Alexa Forero-Motta 200

Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública

Julián Alfredo Fernández-Niño, Maylen Liseth Rojas-Botero, Ietza Bojorquez-Chapela, Vanesa Giraldo-Gartner, Rita Aleksandra Sobczyk, Jorge Acosta-Reyes, Víctor Flórez-García, David Alejandro Rodríguez 208

Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería

Luis Enrique Mayorga-Mogollón, Carlos Enrique Sejin-Vásquez, Mileidys Pérez-Gómez, Jennifer Guzmán-Martínez 220

Estilos de crianza, autoeficacia parental y problemas conductuales infantiles en tres municipios de Santander

Laura A Rodríguez-Villamizar, Claudia Amaya-Castellanos 228

Percepción de satisfacción entre beneficiarios del programa de alimentación escolar en Bucaramanga-Colombia

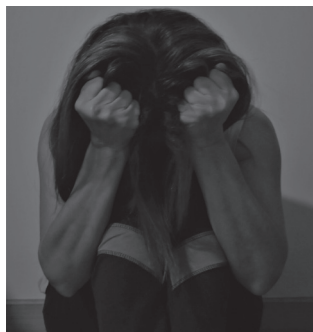
Lucila Niño-Bautista, Edna Magaly Gamboa-Delgado, Tatiana Serrano-Mantilla 240

Revisión de tema

Configuración histórica de la discapacidad visual y sus implicaciones para la salud pública

María del Pilar Oviedo-Cáceres, Samuel Andrés Arias-Valencia, Andrea Hernández-Quirama

Indicaciones a los autores 264



Title: Dark depression
Author: Camila Idrovo

Contents

Editorials

Suicide of physicians. An ignored reality
Jorge L Alvarado-Socarras, Edgar F Manrique-Hernández 194

Is the suicide a preventable event?
Adalberto Campo-Arias, Yuly Suárez-Colorado 196

Investigation and innovation articles

Analysis of congenital defects in Colombia from 2015 to 2017
Greace Alejandra Avila Mellizo, Nathaly Rozo-Gutierrez, Diana Alexa Forero-Motta 200

Health situation of Venezuelan pregnant migrants in the Colombian Caribbean: first report for a rapid response in Public Health
Julián Alfredo Fernández-Niño, Maylen Liseth Rojas-Botero, Ietza Bojorquez-Chapela, Vanesa Giraldo-Gartner, Rita Aleksandra Sobczyk, Jorge Acosta-Reyes, Víctor Flórez-García, David Alejandro Rodríguez 208

Users' satisfaction with prenatal care in Montería
Luis Enrique Mayorga-Mogollón, Carlos Enrique Sejin-Vásquez, Mileidys Pérez-Gómez, Jennifer Guzmán-Martínez 220

Parental style, parental self-efficacy and children behavioral problems in three municipalities of Santander
Laura A Rodríguez-Villamizar, Claudia Amaya-Castellanos 228

Perception of satisfaction among beneficiaries of the school food program of Bucaramanga-Colombia
Lucila Niño-Bautista, Edna Magaly Gamboa-Delgado, Tatiana Serrano-Mantilla 240

Theme review


Historical configuration of visual impairment and the implications for public health
María del Pilar Oviedo-Cáceres, Samuel Andrés Arias-Valencia, Andrea Hernández-Quirama 252

Guidelines for authors 268

Suicidio de médicos. Una realidad ignorada

Suicide of physicians. An ignored reality

Jorge L Alvarado-Socarras¹; Edgar F Manrique-Hernández²

Forma de citar: Alvarado-Socarras JL, Manrique-Hernández EF. Suicidio de médicos. Una realidad ignorada. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(3): 194-196. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019001> 

Desde hace algunos años, a nivel mundial se ha venido registrando un aumento de casos de suicidio entre médicos, desde estudiantes de medicina (pre y post grado) hasta especialistas en diferentes áreas. Tópico que ha generado preocupación en el país, por los recientes casos de suicidios en médicos. Problema aparentemente nuevo, sin embargo, esta situación ya es conocida desde 1900¹. Inicialmente el suicidio en médicos fue considerado como una condición individual, teniendo como solución limitar el ingreso de personas con antecedentes de enfermedades psiquiátricas a la profesión^{1,2}. Hoy seguramente persisten profesionales con factores de riesgo de salud mental, pero además con cambios relevantes en la formación médica, ejercicio y retos profesionales, que puedan aumentar el riesgo de compromiso de salud psicobiológica. Pero lo más grave, sin filtros de detección e intervenciones sobre los mismos. A pesar de que en el 2005 la Asociación Americana de Psiquiatría y otras asociaciones recomendaron estudios del problema, para buscar fuertes recomendaciones, estas sugerencias al parecer son ignoradas en la actualidad¹. Sin embargo, diferentes autores comienzan a describir esto como un problema relacionado con el “ser médico” y encuentran que este problema es multifactorial y no individual como se planteó inicialmente.

Hoy se conoce que la tasa de suicidio entre médicos es más elevada que en la población general, en Estados Unidos una revisión halló que la tasa de suicidio en médicos es de 28 a 40 por 100.000, mayor a la presentada en población general de 12,3 por cada 100.000³. Schernhammer, et al. encontraron que el Riesgo Relativo (RR) para suicidio en los hombres médicos era 1,41 (IC del 95% 1,21 a 1,65) y 2,27 (IC de 95% =1,90 a 2,73) para las mujeres médicas, comparado con la población general⁴. Situación que puede estar subestimada, dado a las malas codificaciones al momento de los registros, por ejemplo, reportando como muerte por intoxicación los casos de suicidio por sobredosis, esto quizás producido por el estigma social que conlleva^{1,2}.

Esta situación puede estar relacionada con mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad e ideas suicidas en comparación con la población general⁵. Un meta-análisis realizado por Milner, et al.⁶ analizó el suicidio por ocupación, encontrando que los más afectados son los trabajadores de ocupaciones elementales tales como peones o limpiadores con un Riesgo Relativo (RR 1,84 IC del 95% 1,46 a 2,33), seguido de los operarios de máquinas y equipos de cubierta de barco (RR = 1,78 IC del 95% 1,22 a 2,60) y trabajadores agrícolas (RR =1,64 IC del 95% 1,19 a 2,28), siendo los trabajadores con menor nivel de habilidades los más afectados comparados con los que se clasificaron como con mayor nivel de habilidades, entre estos los profesionales⁶; sin embargo, a nivel de los médicos, esta condición parece no aplicar. Si bien a nivel ocupacional encontramos otras profesiones afectadas en mayor medida, cabe resaltar que los médicos tienen mayor acceso a métodos letales tales como medicamentos siendo más propensos a sobredosis⁶.

Algunas situaciones pueden ser muy preocupantes, como el inicio de los problemas. Un meta-análisis reciente, estima que la prevalencia de depresión oscila entre 27 y 29%, entre estudiantes de medicina y residente respectivamente, pero puede ser tan alta como del 60% entre médicos en ejercicio de su profesión⁵. Condición relacionada fuertemente con suicidio. Sin embargo, muy probablemente puede existir un subregistro del diagnóstico ocasionado por falta de búsqueda de ayuda, pobre introspección, estigmatización social o automedicación de los médicos, planteando serios interrogantes del mayor nivel de estrés al momento de comenzar a ejercer la profesión.

1. Fundación Cardiovascular de Colombia. Bucaramanga, Santander.

2. Escuela Editorial, Salud UIS. Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Edgar F. Manrique-Hernández. Dirección: Carrera 32 No 29-31 Facultad de Salud UIS. Correo electrónico: fabianmh1993@gmail.com. Teléfono: +3209560967.

Lo anterior, sumado a otros factores estresantes como largas jornadas laborales, múltiples empleos, fatiga, alto nivel de responsabilidad, temor de cometer errores, condiciones de salud crónica, disminución del autocuidado con rasgos de la profesión médica, que pueden contribuir al estrés profesional². Además, se ha asociado a factores de riesgo como sexo femenino, pertenecer a algunas especialidades como psiquiatría o anestesiología, profesionales jóvenes, solteros y pobre soporte familiar^{1,7}.

Pero hay un punto relevante, la depresión, la cual tiene un impacto negativo. Hoy es considerada como la alteración más frecuente del estado de ánimo, con predominio en el sexo femenino, y con un mayor pico entre los 18 y 44 años, guardando relación con suicidio al ajustarse por edad y sexo¹. En este sentido, entre un 10 a 15% de las personas que tienen depresión grave se suicidan o al menos lo intentan⁸. Sumado a los datos anotados, la auto prescripción de medicamentos¹ y la no búsqueda de ayuda profesional hace más serio el problema incluyendo el gremio de psiquiatría, quienes al parecer lideran las tasas de suicidio^{1,7}. El suicidio en médicos puede estar precedido de alteraciones mentales entre el 85 al 90% de los casos, donde el antecedente de depresión puede jugar un rol importante, además, detonantes como consumo de alcohol, abuso sustancias, historia familiar de alteraciones psiquiátricas, médicos huérfanos, dificultades en el hogar, problemas económicos, estado mental actual por ejemplo ansiedad, obesidad, síndrome de fatiga crónica son otros factores relacionados⁹.

Es una condición evidentemente multifactorial, con manifestaciones desde los primeros años de formación, ocasionado por el estrés académico, altas expectativas sociales, familiares y personales, competitividad, generando un aumento de los pensamientos suicidas durante el primer año de formación^{1,10}, llegando a presentar estas ideas hasta en un 17,4% de los estudiantes de medicina¹¹. Estas condiciones estresantes aumentan durante la progresión de la carrera médica, por ejemplo, durante el servicio social obligatorio se adquiere una gran responsabilidad, enfrentándose a las dificultades propias del sistema, depresión secundaria a disminución de su interacción con su red de apoyo y ansiedad en el ejercicio profesional principalmente. En el ámbito laboral resulta estresante desempeñar esta labor por el alto componente emocional que denota el desarrollo de la medicina, tipos de personalidad principalmente narcisistas, compulsivos y competitivos de sus profesionales, estrés propio de la actividad clínica, acoso y desgaste profesional, así como, discusiones con colegas y otros profesionales de la salud, también sometidos a este estrés^{1,2}. No menos importante, es observar una sociedad médica frustrada e insatisfecha de su práctica profesional, con demandas cada vez más severas por mala praxis, ejerciendo una medicina de “miedo” más que de gusto y amor; jugando un rol fundamental en la ideación suicida y suicidio consumado entre el personal de medicina, con un impacto negativo económico en los sistemas de salud. Esta situación obliga a replantear el origen de estos problemas, que pueden iniciar en la selección de los estudiantes de pregrado, con una equivocada orientación curricular y fallas en las competencias interpersonales, entre otras¹².

Si bien los factores mencionados, son históricos como factores de alteración de salud mental. Los cambios generados en los servicios de salud, como eficiencia, costo efectividad, calidad asistencial y seguridad de usuarios, son determinantes muy valorados en el financiamiento de los proyectos de salud y pueden jugar un nuevo rol en alteraciones del estado mental entre los médicos; disminuyendo la satisfacción laboral, llevando a mayor incidencia de burnout y depresión¹³ ocasionado por la sobrecarga laboral, presión en el ejercicio profesional, aumento de las peticiones y solicitudes por parte de los pacientes, y sobre regulación de las instituciones. Requiriendo que estas intervenciones incluyan dentro de sus objetivos el adecuado bienestar y salud de los médicos para su correcto funcionamiento.

Sumado a estas causas, las estrategias y búsqueda de ayuda resulta difícil entre los profesionales de medicina, pues primero se debe asumir el rol de enfermo, lo cual conlleva a una dificultad para reconocer ante sus colegas estos problemas, a su vez, la dificultad para la toma de recursos disponibles por vergüenza o miedo a ser estigmatizados^{2,10}. Es por ello, que para prevenir el suicidio se deben iniciar intervenciones desde la formación en las universidades, reconociendo los problemas, enseñando pautas de autocuidado, detección de signos de ansiedad, depresión e ideación suicida propias y de sus colegas e intervenciones a realizar, confidencialidad en la toma de programas de alivio, apoyo laboral, disminución de la sobrecarga laboral, mejoras económicas, entre otras^{1,2,7,10}.

A pesar del panorama oscuro y complejo, programas de intervención temprano abordados desde las escuelas de medicina, dirigidos a la salud mental, pueden disminuir los síntomas depresivos e ideas suicidas¹⁴. Finalmente, para disminuir las incidencias del suicidio en los médicos, se requieren intervenciones multidisciplinarias, que permitan detectar de forma precoz las alteraciones de salud mental y creación de políticas de intervención.


Referencias

1. Eckleberry-Hunt J, Lick D. Physician depression and suicide: a shared responsibility. *Teach Learn Med.* 2015; 27(3): 341-345 doi: <https://doi.org/10.1080/10401334.2015.1044751>.
2. Mingote Adán JC, Crespo Hervás D, Hernández Álvarez M, Navío M, García-Pando CR. Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab.* 2013; 59(231): 176-204.
3. T'Sarumi O. Physician suicide: a silent epidemic. Reunión Anual de la American Psychiatric Association (APA). Nueva York, Estados Unidos. 2018; 1-227.
4. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry.* 2004; 161(12): 2295-2302.
5. Petrie K, Crawford J, Baker STE, Dean K, Robinson J, Veness BG. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019; 6(3): 225-234. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30509-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30509-1).
6. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2013; 203(6): 409-416. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>.
7. Bailey E, Robinson J, McGorry P. Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *Intern Med J.* 2018; 48(3): 254-258. doi: <https://doi.org/10.1111/imj.13717>.
8. González Escobar S, Valdez Medina JL. Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicol Salud.* 2005; 15(2): 257-262.
9. Sheikhoonesi F, Zarghami M. Prevention of physicians' suicide. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2014; 8(2): 1-3.
10. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2016; 316(21): 2214-2236. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>.
11. Sobowale K, Zhou N, Fan J, Liu N, Sherer R. Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. *Int J Med Educ.* 2014; 5: 31-36. doi: <https://doi.org/10.5116/ijme.52e3.a465>.
12. Ramírez-Villaseñor I. La infelicidad de los médicos: Un fenómeno complejo y un intento por comprenderla. *Rev Mex Med Fam.* 2018; 1: 37-44.
13. Tateno M, Jovanović N, Beezhold J, Uehara-Aoyama K, Umene-Nakano W, Nakamae T, et al. Suicidal ideation and burnout among psychiatric trainees in Japan. *Early Interv Psychiatry.* 2018; 12(5): 935-937. doi: <https://doi.org/10.1111/eip.12466>.
14. Thompson D, Goebert D, Takeshita JA Program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Acad Med.* 2010; 85(10): 1635-1639. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f0b49c>.

¿Es el suicidio un evento prevenible?

Is the suicide a preventable event?

Adalberto Campo-Arias¹; Yuly Suárez-Colorado²

Forma de citar: Campo-Arias A, Suárez-Colorado Y. Es el suicidio un evento prevenible. *Rev. Univ Ind Santander Salud.* 2019; 51(3): 196-199. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019002> 

Con alto grado de certeza y basado en la evidencia disponible, muchos casos de suicidio se pueden prevenir. Pero, indiscutiblemente, es difícil predecir y prevenir todos los eventos¹. Aunque, se pueden identificar los factores de riesgo biológicos, psicológicos, culturales, religiosos, sociales, económicos, políticos, etcétera².

1. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia.

2. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia.

Correspondencia: Yuly Suárez-Colorado. Dirección: carretera troncal del Caribe sector Mamatoco. Santa Marta, Colombia. Correo electrónico: ysuc91@gmail.com. Teléfono: (5) 4209604 Ext. 5580

Las estrategias preventivas más frecuentes responden a los factores de riesgos; sin embargo, ningún factor en forma aislada o independiente, es capaz de predecir en sí mismo un caso de suicidio en particular². El suicidio es un evento resultado de interacciones complejas de todas las variables antes anotadas y, por lo tanto, los casos de suicidio consumado no deberían generar sentimientos de culpa en familiares, amigos o profesionales de la salud³.

Se observan algunos avances en el conocimiento de las características, situaciones o predisponentes que llevan a las personas a la decisión del suicidio⁴. No obstante, se necesita más claridad y mayor comprensión global que explique todos los casos de suicidio. Aproximadamente, en el 10% de los casos no se encuentran las causas o los factores predisponentes⁵.

La investigación científica intenta precisar los factores asociados según el patrón de escalonamientos de los comportamientos suicidas⁶. Aquellos que condicionan en particular la transición desde el deseo de muerte hasta el suicidio consumado, y los pasos intermedios como la ideación suicida, los planes y los intentos suicidas sin clara expectación de muerte^{6,7}. Se necesita un modelo de predicción más satisfactorio, más allá de los factores de riesgo⁷. Los modelos estadísticos siempre basados en datos grupales son incapaces de hacer predicciones para casos singulares^{8,9}. Dado las posibles combinaciones de factores para explicar y predecir los comportamientos suicidas, es necesario una mayor aproximación a la identificación de determinantes en cada individuo⁸.

La implementación de estrategias para la prevención del suicidio requiere de más investigación previa, debido a que se diseñan e implementan estrategias para la prevención no integrales ni integradas, sin la suficiente evidencia de efectividad¹⁰.

En la actualidad, las estrategias nacionales de prevención, donde tales existen, se limitan a medidas fragmentadas universales, selectivas o indicadas, como políticas de salud mental (no siempre llevadas a la práctica) o programas de reducción del consumo de alcohol y otras sustancias, acceso a la atención en salud mental, la restricción a métodos suicidas, la notificación responsable o difusión en medios de suicidio, la concientización de la salud, las líneas telefónicas de ayuda, el seguimiento y apoyo comunitario y la evaluación y manejo de trastornos mentales, en particular los trastornos depresivos².

De las estrategias antes anotadas, la evidencia indica que las acciones más efectivas son la restricción de métodos para suicidio, los programas escolares de prevención, el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico para la depresión y el acceso a la atención en salud. Por el contrario, se necesitan más estudios para conocer la efectividad de la identificación de personas en alto riesgo de suicidio en los centros médicos de atención primaria, la educación pública general, las pautas para la información de casos en medios de comunicación, la capacitación de los guardianes, la educación de los médicos y los servicios de asistencia telefónica e Internet¹⁰.

La prevención del suicidio en tiempo real es un reto direccionado por el desarrollo tecnológico y la innovación. La marcha de proyectos sobre dispositivos electrónicos para el monitoreo del riesgo de suicidio, a través de factores como la conducción eléctrica de la piel, la agitación motora y el ritmo cardíaco, requieren de mayor evidencia; además, se deben resolver los posibles problemas éticos implícitos en la predicción del suicidio con el uso de estas nuevas tecnologías¹¹.

Las estrategias efectivas e innovadoras son necesarias; pero, no son suficientes sin una perspectiva sindémica del suicidio. El término sindemia se refiere a la presentación de dos o más enfermedades o condiciones en una misma persona y están estrechamente relacionadas con las desigualdades sociales y económicas persistentes en las que vive. La sindemia permite reconocer, como la violencia estructural y las interacciones fundamentadas en el estigma, la discriminación y exclusión, conforman un sistema de vulnerabilidad generador de sufrimiento y problemas que pueden motivar el suicidio¹².

Al respecto, el 27% de la población colombiana informa necesidades básicas insatisfechas¹³. Colombia es uno de los países con mayor desigualdad en el contexto mundial con un coeficiente de desigualdad de Gini de 0,53¹⁴. Asimismo, entre el 12,1% y 21,3% de la población colombiana en edades entre 12 y 60 años se percibe discriminada

y rechazada¹⁵. En población colombiana se evidenció una asociación entre determinantes estructurales, como desigualdad económica, y la tasa de intentos de suicidio¹⁶; la desigualdad del ingreso y el desempleo se encuentran relacionados con el mismo¹⁷.

La antropología médica concibe a la sindemia como una alternativa para comprender el proceso salud-enfermedad-atención desde una visión sociocultural; ésta supera algunas limitaciones del modelo biomédico, al considerar la enfermedad como una entidad discreta¹⁸. Esta perspectiva es importante en los modelos explicativos de enfermedades no transmisibles como el suicidio. Una aproximación sindémica del suicidio estimaría mejor las interrelaciones entre las enfermedades, condiciones y relaciones sociales nocivas; además de considerar como la estructura social configura el proceso salud-enfermedad-atención. El enfoque sindémico del suicidio lo concibe como una forma de sufrimiento social¹².

El suicidio es todo un reto, un fenómeno difícil de comprender desde la perspectiva clásica de la epidemiología, se necesita una aproximación sindémica para la comprensión del suicidio y, en consecuencia, estrategias y acciones integradas e integrales de prevención. El estudio del suicidio demanda de una aproximación interdisciplinaria y multidisciplinaria desde la investigación en psicología, enfermería, medicina, sociología y antropología, entre otras. Se necesita un proceso planeado de investigación para responder con absoluta certeza ¿es el suicidio un evento prevenible?

Referencias


1. Arafat SMY. Not all suicide is preventable: a letter to the editor. *Asian J Psychiatry*. 2018; 36(1): 19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.003>.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. *Un Imperativo Global*. 2014: 1-89.
3. Pridmore S, Pridmore W. Not all suicide is preventable. *Asian J Psychiatry*. 2018; 36 (1): 8-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.05.027>
4. Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294(16): 2064-2074. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>.
5. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can we really prevent suicide? *Cur Psychiatry Report*. 2012; 14(6): 624-633. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0318-3>.
6. Klonsky E, May A, Saffer B. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *An Rev Clin Psychol*. 2016; 12: 307-330. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>.
7. Klonsky E, Saffer B, Bryan C. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Cur Op Psychol*. 2018; 22(1): 38-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>.
8. Fisher AJ, Medaglia JD, Jeronimus BF. Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proc Natl Acad Sci*. 2018; 115(27): E6106-115. doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>.
9. Barroso AA. Alcances y limitaciones de un enfoque de riesgos para comprender el suicidio. *Rev Hosp Psiquiatr Habana*. 2017; 14(1): 7.
10. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(7): 646-659. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).
11. Bentley K, Kleiman E, Elliott G, Huffman J, Nock M. Real-time monitoring technology in single-case experimental design research: opportunities and challenges. *Behav Res Ther*. 2018; (ahead of print). doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.017>
12. Singles M, Claire S. Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Med Anthropol Q*. 2003; 17 (4): 423-441.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. *Bolerines Censo*. 2005.
14. Banco Mundial. *Sobre la pobreza y la prosperidad compartida: abordar la desigualdad*. 2016.
15. Minsalud-Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015*. Bogotá: Javegraf; 2015.
16. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016; 45(1): 68-75.
17. Dávila-Cervantes C, Pardo-Montaño A. Impacto de factores socioeconómicos en la

- mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. *Rev Ger Polit Salud*. 2017; 16(33): 36-51.
doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.ifsm>.
18. Mendenhall E, Kohrt B, Norris S, Ndeti D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet*. 2017; 389(10072): 951-963.
doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30402-6).

Análisis de los defectos congénitos en Colombia, 2015-2017

Analysis of congenital defects in Colombia from 2015 to 2017

Greace Alejandra Avila Mellizo¹; Nathaly Rozo-Gutierrez¹; Diana Alexa Forero-Motta¹

Forma de citar: Avila Mellizo GA, Rozo-Gutierrez N, Forero-Motta DA. Análisis de los defectos congénitos en Colombia 2015-2017. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(3): 200-206. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019003> 

Resumen

Introducción: Los defectos congénitos son alteraciones del desarrollo que se generan en la vida intrauterina y tienen un alto impacto en la mortalidad infantil. La Organización Panamericana de Salud ha definido que la vigilancia en salud pública es una de las herramientas fundamentales para obtener estimaciones más precisas sobre la prevalencia del evento. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo con base en la notificación individual semanal de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del evento 215 – Defectos congénitos de los años 2015, 2016 y 2017. **Resultados:** La notificación de defectos congénitos en Colombia ha aumentado un 39,9% entre 2015 y 2017 con una tasa de prevalencia para el último año de 106,6 casos por 10.000 nacidos vivos. Las tasas de prevalencia más altas se encontraron en cuatro grupos diferentes: 1) menores de sexo masculino, 2) pertenencia étnica indígena, 3) hijos de madres no aseguradas al sistema de salud, 4) hijos de madres con edades mayores de 35 años. Así mismo, los defectos congénitos del sistema osteomuscular, sistema circulatorio y sistema nervioso central presentaron la mayor tasa de prevalencia. **Discusión:** Las mayores tasas de prevalencia identificadas en algunos grupos poblacionales son consistentes con otros estudios realizados en la región, y a su vez pueden ser relacionados con las condiciones de vulnerabilidad que limitan posiblemente la falta de oportunidad y acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: Anomalías congénitas; vigilancia en salud pública; mortalidad infantil; discapacidades del desarrollo; Colombia; embarazo.

Abstract

Introduction: Congenital defects, which are generated in intrauterine life, are alterations of the development and have a high impact on infant mortality. PAHO states that public health surveillance is one of the fundamental tools to obtain more accurate estimates of the prevalence of the event. **Methodology:** A retrospective, descriptive study based on the weekly individual notification of cases to the Public Health Surveillance System (SIVIGILA) of the 215 event - congenital defects identified during the years 2015, 2016 and 2017. **Results:** The notification of congenital defects in Colombia increased by 39.9% between 2015 and 2017 with a prevalence rate of 106.6 cases per 10,000

1. Instituto Nacional de Salud. Bogotá D.C. Colombia

Correspondencia: Greace Alejandra Avila Mellizo. Dirección: Calle 26 No. 51-20 Bogotá. Teléfono: (+571) 2207700 Ext. 1476. Correo electrónico: gavilam@ins.gov.co

living births during 2017. The highest prevalence rates of congenital defects were found in four different groups: 1) under age males, 2) people with indigenous ethnicity, 3) children whose mothers are not insured to the health system, 4) children whose mothers are older than 35 years old. Likewise, congenital defects of the musculoskeletal system, the circulatory system and the central nervous system evidenced the highest prevalence rate. **Discussion:** The highest prevalence rates identified in some population groups are consistent with other studies conducted in the region, and they can also be related to conditions of vulnerability that possibly limit the opportunities to access the different health services.

Keywords: Congenital abnormalities; public health surveillance; infant mortality; developmental disabilities; Colombia; pregnancy.

Introducción

Los Defectos Congénitos (DC) son definidos como alteraciones del desarrollo (morfológicos, estructurales, funcionales o moleculares) presentes al nacer, aunque sus manifestaciones pueden ser detectadas posteriormente¹. Los Defectos Congénitos Mayores (DCM), tienen un compromiso funcional importante para la vida del individuo, con afectación clínica, corporal y a nivel social por la discapacidad generada que requieren de atención temprana e integral^{2,3}.

La Organización Panamericana de la Salud desde el 2016 invitó a los países miembros a fortalecer la vigilancia de los defectos de nacimiento como herramienta para la obtención de estimaciones más precisas de la prevalencia de la microcefalia y otras anomalías congénitas en recién nacidos. El sistema de vigilancia de anomalías congénitas de Europa (EUROCAT, por sus siglas en inglés) reporta una prevalencia de 215,4 por 10.000 nacidos vivos⁴, por lo que los ubica dentro de las primeras causas de muerte en los niños menores de cinco años.

El Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) reporta una tasa de prevalencia de defectos congénitos en la región de 2,6 %, siendo Brasil (4,0 %) y Chile (3,1 %) los países con las tasas más altas. En Chile los principales defectos congénitos son la cardiopatía congénita (35,3 casos por 10.000 nacidos vivos) y polidactilia (23,4 casos por 10.000 nacidos vivos)⁶.

Este problema de salud pública, requiere de atención multidisciplinaria desde la etapa preconcepcional con la asesoría genética y estudio de factores de riesgo; en la etapa prenatal con los tamizajes y seguimientos ecográficos para la detección temprana que posibilite la planeación del parto de acuerdo con el defecto congénito identificado, así como garantizar la atención temprana e idónea, el tratamiento y el seguimiento integral para la discapacidad⁷. Es importante tener

en cuenta que su diagnóstico temprano posibilita contribuir en la reducción de la mortalidad, ya que ocasiona cerca del 20 a 30% de las muertes infantiles y 30 a 50% de las muertes postneonatales. De la proporción que logra sobrevivir, cerca del 25% desarrollará una discapacidad física o mental y el restante 50% tendrá una perspectiva favorable⁸.

El objetivo del estudio fue describir el comportamiento de los defectos congénitos en Colombia entre 2015 y 2017, teniendo en cuenta sus características sociales, demográficas y clínicas.

Metodología

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo. Los datos fueron obtenidos de fuente primaria, por medio de la notificación individual semanal de casos al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) del evento 215 – Defectos congénitos de los años 2015, 2016 y 2017, realizada por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel nacional, las cuales identificaron y configuraron el caso para malformación congénita.

Los datos se sometieron a un proceso de depuración, verificando el tener datos completos, consistencia y veracidad. Se realizó la validación y se eliminaron los casos con ajuste 6 y D, es decir los casos descartados por error de notificación o porque no cumplían los criterios para defectos congénitos. Para los casos clasificados como confirmados por laboratorio o clínica se realizó la verificación de la codificación CIE -10 de acuerdo con la descripción del defecto registrada.

El análisis se realizó mediante estadística descriptiva. Se calcularon frecuencias absolutas y medidas de tendencia central. Se calculó la tasa de prevalencia, expresada como el número de casos de defectos congénitos notificados, sobre la población expuesta al riesgo (nacidos vivos) ponderada por la constante 10.000 (tomada de los parámetros internacionales). Los denominadores para el cálculo de la prevalencia

corresponden los nacidos vivos de 2018 reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Resultados

La notificación de defectos congénitos en Colombia ha aumentado un 39,9% entre 2015 y 2017, pasando de 4.994 a 6.985 casos. Así mismo, la tasa de prevalencia por 10.000 nacimientos pasó de 75,6 a 106,6. Por área de residencia, se encontró una notificación de casos más alta en los hijos de madres residentes en las áreas urbanas, cuatro veces mayor en promedio, comparado con los hijos de madres residentes en áreas rurales, siendo también más alta la tasa de prevalencia en el área urbana en el último año en estudio (**Tabla 1**).

Con relación a las variables demográficas y sociales se encontró una mayor notificación de casos y tasa de prevalencia en el sexo masculino. Con respecto al régimen de afiliación a salud las tasas más altas se

reportan en la población no asegurada seguida de la población del régimen subsidiado. Por pertenencia étnica la mayor tasa de prevalencia, en 2015 y 2017, se reportó en población indígena. Finalmente, por grupo de edad de la madre se observó que la mayor proporción de defectos congénitos se notificó en hijos de madres entre los 20 y 29 años, pero la tasa de prevalencia más alta se encontró en mujeres de 35 y más años, con tasas de hasta 267,5 casos por cada 10.000 nacidos en mujeres de 40 y más años (**Tabla 2**).

Tabla 1. Comportamiento de la notificación y tasa de prevalencia de defectos congénitos mayores según área de residencia de la madre, Colombia, 2015 – 2017.

Año	Total		Urbano		Rural	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2015	4.994	75,6	3.934	74,7	1.060	79,0
2016	6.561	101,4	5.171	100,4	1.390	105,2
2017	6.985	106,6	5.633	109,2	1.352	96,8

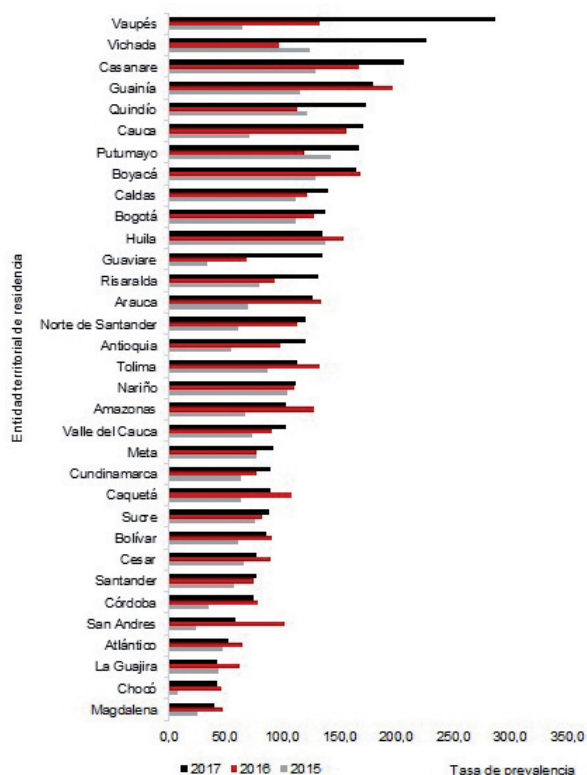
Fuente: Sivigila, INS. 2015-2017. Estadísticas vitales, DANE. 2015 - 2017.

Tabla 2. Comportamiento de la notificación y tasa de prevalencia de defectos congénitos mayores según variables demográficas y sociales, Colombia, 2015 – 2017.

Variable	Categoría	2015		2016		2017	
		Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Sexo	Masculino	2.605	76,7	3.496	105,0	3.681	109,4
	Femenino	2.318	72,1	2.936	93,3	3.161	98,8
	Indeterminado	0	SD	129	SD	143	SD
Régimen de afiliación a salud	No asegurado	142	83,4	183	120,9	204	116,6
	Contributivo	2.314	81,2	2.745	97,7	3.053	113,4
	Subsidiado	2.405	70,5	3.063	91,5	3.222	91,1
	Excepción	29	SD	108	SD	75	SD
	Especial	100	SD	53	SD	137	SD
	Sin dato	4	SD	409	SD	294	SD
	Indígena	129	79,1	166	98,5	216	114,3
	Otros	4.746	78,1	6.284	104,8	6.641	109,5
	Pertenencia étnica	Negro, mulato	86	23,9	79	25,8	99
rom, gitano		29	SD	27	SD	22	SD
Raizal		3	SD	5	SD	5	SD
Palenquero		1	SD	0	SD	2	SD
10 a 14 años		45	74,4	94	169,3	53	90,1
Grupo de edad de la madre	15 a 19 años	904	66,5	1.252	96,1	1.259	97,9
	20 a 24 años	1.305	68,5	1.734	92,0	1.823	95,9
	25 a 29 años	1.086	71,3	1.278	84,6	1.570	101,3
	30 a 34 años	153	14,3	1.023	98,4	1.086	103,1
	35 a 39 años	554	102,2	704	130,5	822	144,0
	40 y más	298	207,7	376	267,5	360	246,3

Fuente: Sivigila, INS. 2015-2017. Estadísticas vitales, DANE. 2015 - 2017

Por entidad territorial de residencia para 2017 la mayor tasa de prevalencia por 10.000 nacidos vivos se encontró en Vaupés (286,7), Vichada (226,4), Casanare (206,5), Guainía (180,1) y Quindío (174,3). Mientras que las menores tasas se encontraron en los departamentos de Magdalena y Chocó (para los tres años en estudio), y en La Guajira, Atlántico y San Andres (para dos de los tres años en estudio) con tasas inferiores a 60 casos por 10.000 nacidos (**Gráfica 1**).



Gráfica 1. Comportamiento de la notificación y tasa de prevalencia de defectos congénitos mayores por entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, 2015 – 2017. Fuente: Sivigila, INS. 2015-2017. Estadísticas vitales, DANE. 2015 - 2017

Los defectos congénitos fueron agrupados de acuerdo con la clasificación CIE 10, encontrando la mayor tasa de prevalencia en los defectos del sistema osteomuscular, seguido de los defectos del sistema circulatorio y los defectos congénitos del sistema nervioso (**Tabla 3**).

Los defectos que se encontraron con mayor frecuencia en el grupo de sistema osteomuscular fueron la polidactilia (Q69) y la deformidad congénita de pies (Q66), en el grupo de defectos del sistema circulatorio fueron las malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos (Q21) y malformaciones congénitas de las grandes arterias (Q25), y en el grupo de defectos

congénitos del sistema nervioso la mayor frecuencia se encontró en microcefalia (Q02) e hidrocefalo congénito (Q03).

De acuerdo con la condición final el 83,2% de los casos fueron notificados con condición final vivo. La tasa de mortalidad ha presentado una disminución en los tres años en estudio, pasando de 17,4% en 2015 a 15,0% en 2017 (**Tabla 4**).

Tabla 3. Comportamiento de la notificación y tasa de prevalencia de defectos congénitos mayores por grupo CIE 10, Colombia, 2015- 2017.

Grupos CIE 10 de malformaciones congénitas	2015		2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Sistema nervioso (Q00-Q09)	640	9,7	1306	20,2	1063	16,2
Ojo, oído, cara y cuello (Q10-Q18)	216	3,3	275	4,3	273	4,2
Sistema circulatorio (Q20-Q28)	965	14,6	1173	18,1	1509	23,0
Sistema respiratorio (Q30-Q34)	44	0,7	70	1,1	79	1,2
Fisura de paladar y labio leporino (Q35-Q38)	467	7,1	523	8,1	550	8,4
Sistema digestivo (Q39-Q45)	322	4,9	324	5,0	340	5,2
Órganos genitales (Q50-Q56)	157	2,4	201	3,1	189	2,9
Sistema urinario (Q60-Q64)	297	4,5	396	6,1	487	7,4
Sistema osteomuscular (Q65-Q79)	1391	21,1	1693	26,2	1824	27,8
Otras malformaciones congénitas (Q80-Q89)	26	0,4	61	0,9	86	1,3
Anomalías cromosómicas no clasificadas en otra parte (Q90-Q99)	469	7,1	539	8,3	585	8,9

Fuente: Sivigila, INS. 2015-2017. Estadísticas vitales, DANE. 2015 - 2017.

Tabla 4. Condición final y tasa de mortalidad por malformaciones congénitas. Colombia, 2015 – 2017.

Condición final	2015	2016	2017
Vivo	4123	5449	5875
Muerto	871	1058	1049
Tasa de mortalidad	17,4%	16,1%	15,0%

Fuente: Sivigila, INS. 2015-2017.

Discusión

El comportamiento de la notificación y la tasa de prevalencia para defectos congénitos reporta un incremento entre 2015 y 2017, lo que puede estar explicado por las alertas generadas desde el 2015 ante la epidemia del virus Zika y la posibilidad de desarrollar defectos congénitos de sistema nervioso central, que implicó el desarrollo de acciones de información, comunicación, educación y orientación técnica a todos los actores del sistema de salud y a la comunidad. Este escenario generó un aumento de la vigilancia de los defectos congénitos en el país para este periodo de tiempo^{9,17}.

Con relación a las variables sociales y demográficas se observa que los defectos congénitos tienen mayor prevalencia en los menores de sexo masculino, lo que coincide con lo reportado en otros estudios^{18,19}. Son hijos de madres mayores de 35 años, lo que ha sido afirmado por la literatura, donde se ha descrito que la edad materna avanzada es un factor de riesgo^{20,21} debido a tienen “mayor prevalencia de enfermedades crónicas, mayor riesgo de no disyunción cromosómica y de modificaciones genéticas en las células germinales, así como mayor probabilidad de cambios del medio uterino”²².

La mayor tasa de prevalencia de defectos congénitos se ubica en los casos sin afiliación al sistema de seguridad social en salud con pertenencia étnica indígena, lo que hace visible las bajas condiciones sociales y económicas en que vive y se desarrolla la mujer gestante y su familia. Estas variables son consideradas condiciones de vulnerabilidad que limitan posiblemente la falta de oportunidad y acceso a los servicios de salud¹⁹, lo que impacta en la supervivencia, discapacidad y/o mortalidad, siendo determinantes sociales que reflejan la distribución desigual del poder y los recursos en los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales, lo que se traduce en consecuencias para la salud, mayor carga de la morbimortalidad y exposición diferencial a los riesgos para la salud^{23,24}.

De acuerdo con el estudio de Pachajoa, et al.¹⁹ las estimaciones de las prevalencias de defectos congénitos que se han calculado en Colombia, oscilan entre 1,7 y 7,4 por 100 nacidos vivos, cifras identificadas en estudios realizados en hospitales de alta complejidad de ciudades como Cali, Barranquilla, Cartagena y Bogotá, no obstante, estas cifras pueden presentar un subregistro significativo teniendo en cuenta que

no contemplan la integración de la información de la vigilancia en instituciones de diferentes niveles de atención, por lo que la prevalencia del evento no se podría extrapolar a un territorio.

Por otro lado, según el estudio de García Acero y Plata²⁵ sobre las anomalías congénitas en Colombia 2010-2013 las entidades territoriales que presentan una mayor tasa de prevalencia por 10.000 nacidos vivos fueron Cauca (81,98), Arauca (75,58), Tolima (68,56), Huila (64,82) y Putumayo (63,26), datos que difieren del comportamiento presentado en 2015 a 2017. Teniendo en cuenta lo anterior y que la notificación de las malformaciones congénitas en Colombia inició en el año 2010 en 27 departamentos, en el año 2011 aumento a 30 departamentos y a partir del año 2012 la notificación se realiza en todo el país, podría inferirse que existe un subregistro inicial relacionado con la puesta en marcha del sistema de vigilancia para los defectos congénitos a nivel nacional.

De acuerdo al estudio de Nazer y Cifuentes²⁶ en lo reportado por ECLAMC en el periodo 1995 - 2008 las tasas de prevalencia de malformaciones congénitas por 10.000 nacidos vivos más frecuentes para Colombia fueron la polidactilia (36,3), seguida del pie equinovaro (24,1), en cuarto lugar, las cardiopatías (16,7) y en quinto lugar la hidrocefalia (14,8). Al realizar la comparación con las tasas del ECLAMC se observa que las tasas de cardiopatías y de microcefalia son tasas inferiores al promedio latinoamericano, contrario a lo que pasa con las tasas de hidrocefalia, pie equinovaro y polidactilia las cuales se encuentran por encima del promedio.

Teniendo como referencia el estudio de Fernández y Zarante²⁷ desde el año 2001 para el ECLAMC, el cual se realiza en Bogotá, Cali, Ubaté, Manizales, Chiquinquirá y La Mesa, por grupo de malformación, el más frecuente fue el grupo de alteraciones osteomusculares con el 28,26%, cifra muy cercana a la registrada por el presente estudio. El grupo de cardiopatías se ubicó en el séptimo lugar con el 6,14% y el grupo de alteraciones del sistema nervioso se ubicó en el sexto lugar con el 8,48%, en estos dos grupos las cifras difieren de las encontradas en el presente estudio lo cual puede deberse a lo mencionado anteriormente, la presencia de un subregistro significativo teniendo en cuenta que el ECLAMC es un estudio focalizado en unas instituciones de salud específicas y falta una integración a nivel nacional de otros datos que puedan aterrizar un poco más el comportamiento de las malformaciones congénitas.

Al verificar más en detalle la frecuencia de defecto congénito en cada grupo, en el estudio de Fernández y Zarante²⁷ se encontró que el pie equinovaro y la polidactilia fueron las malformaciones más frecuentes y que coinciden con lo reportado en el presente estudio. En el caso de las cardiopatías congénitas no se especifica qué tipo de defecto se presentó, y en el grupo de los defectos de sistema nervioso se relaciona la hidrocefalia en el lugar quince de la clasificación de los más frecuentes.

En el estudio de Pachajoa, et al.¹⁹ los defectos congénitos más frecuentes son los cardíacos con el 20%, seguido de los osteomusculares con el 17% y en cuarto lugar los defectos de sistema nervioso central con el 13%, siendo este comportamiento similar a lo reportado en el presente estudio.

El aumento en el número de casos reportado en los años en estudio revela el impacto de la implementación de la vigilancia de defectos congénitos en el país, pese a esto, aún se requiere fortalecer los procesos de identificación de casos que garanticen la calidad de los registros y la correcta notificación de los mismos. En este sentido, la disponibilidad de registros poblacionales sobre este evento de interés en salud pública permite la identificación de un panorama que encamine la toma de acciones y la generación de políticas públicas que impacten tanto en la prevención de los defectos congénitos fortaleciendo las estrategias de consultas preconceptionales y la mejora en la calidad de los controles prenatales, como una pronta identificación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los menores con algún tipo de defecto congénito.

El aumento en el comportamiento de la notificación y la tasa de prevalencia de los defectos congénitos para Colombia en los periodos analizados puede tener una relación con la epidemia del virus zika y su asociación con los defectos congénitos de sistema nervioso central, que generó el desarrollo de acciones intensificadas de vigilancia en salud pública para su prevención y control²⁸.

Las características sociales y demográficas de los casos de defectos congénitos para Colombia son: sexo masculino, hijos de madres mayores de 34 años, etnia indígena y sin afiliación al sistema de seguridad social en salud. Lo anterior implica que los servicios de salud y los aseguradores realicen una gestión integral del riesgo desde la preconcepción para realizar búsqueda y valoración de riesgo de las mujeres en edad fértil

orientados hacia la gestión de la afiliación, demanda inducida con promoción de la salud y detección temprana del riesgo²⁹.

El tipo y la frecuencia de los defectos congénitos que se presentaron durante el periodo analizado, coincide, en términos generales con lo que ha sido reportado en el país por otros autores^{19,27}.

Es importante continuar con los ejercicios de análisis del comportamiento de las malformaciones congénitas en el país de forma periódica, con el fin de consolidar una información más robusta que genere discusión, análisis y adicionalmente oriente políticas en salud pública que favorezcan el acceso a los servicios de salud y la calidad de vida de los menores con malformaciones congénitas.

Es necesario profundizar en el estudio de las malformaciones congénitas con el fin de identificar los factores de riesgo de los defectos que se identificaron como más frecuentes para los diferentes territorios del país, con el fin de realizar intervenciones en salud pública encaminadas a prevenir o mitigar la presencia del evento.

El grupo de especialistas involucrados en la detección temprana de los defectos congénitos tienen una enorme responsabilidad por ser quienes realizan el manejo inicial y en algunos casos la confirmación del diagnóstico, por lo que es necesario el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los profesionales en el adecuado diagnóstico, evaluación de signos clínicos específicos, síndromes genéticos, etc. lo anterior debido a que el diagnóstico oportuno de un menor con defectos congénitos permitirá orientar su tratamiento de forma temprana el cual puede modificar de forma dramática su pronóstico.

Consideraciones éticas

El presente documento correspondió a un estudio sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993, por ser descriptivo retrospectivo basado en la revisión de bases de datos; se respetó la confidencialidad de los datos individuales y la transparencia en la información, dado que no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables.

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.


Referencias

1. World Health Organization. WHO. 63 Asamblea Mundial De La Salud. Punto 11.7 del orden del día DEFECTOS CONGENITOS; 2010.
2. Alum JM, Fernández E, Moreno M, Ledesma E. Defectos congénitos mayores en nacidos vivos. *Rev Arch Med Camagüey*. 2015; 19 (2): 99-107.
3. Ortíz-Quiroga D, Ariza Y, Pachajoa H. Calidad de vida de familias de niños y adolescentes con discapacidad asociada a defectos congénitos. *Rev Univ Psychol*. 2018; 17(1): 161-170. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-1.cvfn>.
4. European Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT). Final Activity Report 2002-2003. University of Ulster Newtownabbey: Reino Unido. 2003; p. 12.
5. Matovelle C, Martínez Reyes F, Córdova Neyra F. Estudio Descriptivo: Frecuencia de Malformaciones Congénitas en Pacientes Pediátricos del Hospital “José Carrasco Arteaga”. *Rev Med HJCA* 2015; 7(3): 249-253. doi: 10.14410/2015.7.3.ao.46.
6. Nazer HJ, Cifuentes OL. Malformaciones congénitas en Chile y Latino América: Una visión epidemiológica del ECLAMC del período 1995-2008. *Rev Méd Chile*. 2011; 139 (1): 72-78. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000100010>.
7. Hernández Triguero Y, Suárez Crespo M. Comportamiento de los defectos congénitos. *Rev Ciencias Médicas*. 2015; 19(1): 24-32.
8. García H. Malformaciones congénitas mayores: la necesidad del manejo multidisciplinario. *Medigraphic*. 2018; 85(3): 81-82.
9. Ministerio de Salud y Protección Social-Instituto Nacional de Salud. Circular conjunta 061 de 2015.
10. Ministerio de Salud y Protección Social-Instituto Nacional de Salud. Circular conjunta 043 de 2015.
11. Instituto Nacional de Salud. Circular externa 0004 de 2016.
12. Instituto Nacional de Salud. Circular externa 0007 de 2016.
13. Instituto Nacional de Salud. Circular externa 0017 de 2016.
14. Instituto Nacional de Salud. Circular externa 0020 de 2016.
15. Instituto Nacional de Salud. Circular externa 0022 de 2016.
16. Instituto Nacional de Salud. Circular externa 0063 de 2016.
17. Instituto Nacional de Salud. Circular externa 0064 de 2016.
18. Lisi A, Botto LD, Rittler M, Castilla E, Bianca S, Bianchi F, et al . Sex and congenital malformations: An international perspective. *Am J Med Genet A*. 2005; 134A: 49-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.a.30514>.
19. Pachajoa H, Villota A, Cruz L, Ariza Y. Prevalencia de defectos congénitos diagnosticados en el momento del nacimiento en dos hospitales de diferente nivel de complejidad, Cali, Colombia, 2012-2013. *Biomédica*. 2015; 35(2): 227-234. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i2.2295>.
20. Nazer J, Cifuentes L. Prevalencia de malformaciones congénitas en hijos de madres mayores de 34 años y adolescentes. Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2002-2011. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013; 78(4): 298-303.
21. Martínez-Galeano JM. La maternidad en madres de 40 años. *Rev Cub Salud Pública*. 2016; 42(3): 451-458.
22. Bravo-Gallego L, Teherán-Bravo J, Pantoja-Chamorro F, Díaz-Castro R, Acosta-Aragón M. Factores asociados a anomalías congénitas en neonatos del Cauca. *Rev Pediatría*. 2012; 45(1): 47-58. doi: [https://doi.org/10.1016/S0120-4912\(15\)30005-7](https://doi.org/10.1016/S0120-4912(15)30005-7).
23. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. *Rev Salud en las Américas*. 2012; 2: 12-59.
24. Bernal DP, Cardona D. Caracterización de la mortalidad perinatal en Manizales, Colombia, 2009-2012. *Hacia Promoc Salud*. 2014; 19(2): 66-80.
25. García Acero M, Plata S. Caracterización de las anomalías congénitas desde la inclusión en el sistema de vigilancia Sivigila en Colombia, 2010-2013. *Rev Univ Med*. 2017; 58(1). doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-1.caci>.
26. Nazer HJ, Cifuentes OL. Malformaciones congénitas en Chile y Latinoamerica: Una visión epidemiológica del ECLAMC 1995-2008. *Rev Med Chil*. 2011; 139: 72-78. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000100010>.
27. Fernández N, Zarante I. Prevalencia y escala pronóstico para malformaciones congénitas en Colombia: La responsabilidad de pediatras y neonatólogos. Registro de 54.397 nacimientos. *Rev UCIN*. 2008; 1: 28-32.
28. Alvarado Socarras JL. Zika en neonatos: Todo no está dicho. *Rev Univ Ind Santander Salur* 2016;48(2):160-162.
29. Martínez-Galeano JM. La maternidad en madres de 40 años. *Rev Cub Salud Pública*. 2016; 42 (3): 451-458.

Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública

Health situation of Venezuelan pregnant migrants in the Colombian Caribbean: first report for a rapid response in Public Health

Julián Alfredo Fernández-Niño¹; Maylen Liseth Rojas-Botero²; Ietza Bojorquez-Chapela³; Vanesa Giraldo-Gartner⁴; Rita Aleksandra Sobczyk¹; Jorge Acosta-Reyes¹; Víctor Flórez-García¹; David Alejandro Rodríguez⁵

Forma de citar: Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(3): 208-219. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004> 

Resumen

Introducción: En el fenómeno migratorio desde Venezuela hacia Colombia, las mujeres representan una proporción significativa entre los migrantes irregulares; de ellas, las gestantes han sido priorizadas por sus condiciones particulares de vulnerabilidad. Sin embargo, se desconocen sus condiciones de salud. **Objetivos:** Caracterizar multidimensionalmente la situación de salud de las gestantes venezolanas migrantes irregulares, residentes en las principales ciudades receptoras del Caribe colombiano: Barranquilla y Riohacha. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal en 520 gestantes venezolanas migrantes irregulares, captadas por muestreo sistemático en hospitales públicos, y comunitariamente a través de búsqueda activa en bola de nieve entre agosto de 2018 y mayo de 2019. Con un cuestionario estandarizado se evaluaron los principales problemas de salud, estado nutricional, seguridad alimentaria, presencia de síntomas depresivos, accesibilidad y satisfacción con los servicios de salud. **Resultados:** La mitad percibía su salud durante el embarazo como buena o muy buena (53,4%). El 51,3% presentó anemia ferropénica y la mayoría algún grado de inseguridad alimentaria (87,5%). La prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos fue del 32,1%. Una alta proporción reportó algún tipo de violencia por parte de su pareja (90,2%). El 25,9% requirió atención sanitaria por urgencias independiente de la atención prenatal. El 62,7% calificó la atención por urgencias como muy buena o buena, mientras que el 73,1% piensa que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud. **Conclusiones:** Los principales problemas de salud en gestantes que participaron en el estudio corresponden a la inseguridad alimentaria, anemia, síntomas depresivos, violencia de pareja y ausencia de controles prenatales. Su situación de salud debe considerarse en el marco del proceso migratorio y desde los determinantes sociales de la salida, tránsito, llegada y retorno. Las medidas de atención primaria para esta población deben seguir siendo fortalecidas por el sistema de salud a nivel territorial y basadas en evidencia.

Palabras clave: Emigración e inmigración; salud materna; determinantes sociales de la salud; Venezuela; Colombia; salud reproductiva; inseguridad alimentaria; embarazo; cuidado prenatal; región Caribe

1. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

2. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

3. El Colegio de La Frontera Norte. Tijuana, México

4. University of Massachusetts. Boston, Estados Unidos.

5. Programa Migración y Salud, Organización Internacional para las Migraciones. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Maylen Liseth Rojas Botero. Dirección: Calle 62. 52-59 Medellín. Teléfono: +54 421 96820. Correo electrónico: maylen.rojas@udea.edu.co

Abstract

Introduction: In the current migration from Venezuela to Colombia, women represent a significant proportion of the irregular migrant population, and those who are pregnant have been a priority given their particularly vulnerable condition. Nevertheless, their health conditions are not known. **Objectives:** To obtain a multi-dimensional characterization of the health situation of irregular Venezuelan migrants who are pregnant and residing in the main receiving the Caribbean region of Colombia: Barranquilla and Riohacha. **Methods:** We carried out a descriptive, cross-sectional study with 520 pregnant women surveyed from August 2018 to May 2019 with a systematic sampling in public hospitals and an active community search using snowball sampling. We used a standardized questionnaire to evaluate the main health problems, nutritional status, food security, presence of depressive symptoms and accessibility/satisfaction with health services. **Results:** Half of the participants perceived their health during pregnancy as good or very good (53.4%), 51.3% presented iron deficiency anemia, and the majority (87.5%) experienced some lack of food security. The prevalence of clinically significant depressive symptoms was 32.1%. A high proportion reported some type of intimate partner violence (90.2%). 25.9% required urgent medical care, irrespective of the prenatal care they received. With regard to quality of care in the emergency service, 62.7% rated it as very good or good, and 73.1% reported that they received the care that was needed for their health problem. **Conclusions:** Food insecurity, anemia, depressive symptoms, violence committed by the partner and lack of prenatal care were the main health problems for pregnant women who participated in the study. Their health situation should be viewed in the context of the migration process, based on the social determinants of emigration, transit, arrival, and return. The health care system should continue to strengthen primary care measures for this population at the local level and based on the evidence.

Keywords: Emigration and Immigration; maternal health; social determinants of health; Venezuela; Colombia; reproductive health, food supply; pregnancy; prenatal care; Caribbean region

Introducción

En Colombia hay actualmente más de un millón de migrantes venezolanos, de los cuales, cerca de la mitad son irregulares o están en vía de regularización, y de ellos, aproximadamente la mitad son mujeres en edad reproductiva¹. Este fenómeno migratorio contrasta con el perfil migratorio tradicional colombiano, dado que el país históricamente había sido un país emisor de personas y sólo hasta los últimos años se ha convertido también en uno de los principales países receptores de la migración sur-sur de la región², en especial desde la agudización de la crisis política y económica de Venezuela; así, actualmente Colombia es el principal receptor de migrantes venezolanos irregulares.

Durante los últimos años en el país se ha observado un marcado incremento en la prestación de servicios sanitarios para migrantes, lo cual es explicado significativamente por la atención prenatal y la atención del parto y puerperio de gestantes venezolanas. De esta manera, en 2018 más de tres mil partos de migrantes venezolanas fueron atendidos en la red pública hospitalaria del país, un incremento de cuatro veces con respecto al año anterior³, lo cual constituye un reto financiero y de gestión en Salud Pública para los sistemas de salud a nivel nacional y regional^{4,5}.

Las relaciones entre migración, gestación y salud son complejas. La gestación puede ser circunstancial al proceso migratorio como intersección del ciclo vital de la mujer migrante, pero también en algunos casos puede por sí misma motivar la migración en búsqueda de mejor atención en los servicios de salud^{6,7}, en especial en un contexto de escasez de alimentos y medicamentos, como el que sucede en Venezuela, siendo este aparentemente el proceso en la frontera. Las migrantes gestantes, en especial las irregulares, son expuestas a riesgos psicosociales y ambientales durante su proceso de tránsito y llegada, cargan con las exposiciones relevantes del lugar de origen, y además enfrentan diversos y nuevos riesgos para su salud en el lugar de destino⁸. Adicionalmente, pueden tener dificultades para enfrentar sus necesidades de salud dado que no siempre conocen sus derechos y las rutas de acceso al sistema de salud colombiano.

En el marco del reciente fenómeno migratorio proveniente desde Venezuela hacia Colombia, convencidos de la importancia de la evidencia para la toma de decisiones y la construcción de políticas públicas, la Universidad del Norte en convenio con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gestionó un estudio para evaluar el estado de salud de las gestantes migrantes irregulares de forma multidimensional y su experiencia con los servicios sanitarios en el país, de acuerdo con aspectos

demográficos, sociales y económicos, con el propósito de aportar información para el desarrollo de estrategias de atención primaria para vigilar, promover y proteger la salud de las gestantes migrantes en Colombia. En este artículo se presenta el primer informe derivado de los resultados de la primera ola de recolección de información, correspondiente a las migrantes irregulares asentadas en Barranquilla y Riohacha entre 2018 y 2019, principales ciudades receptoras del Caribe colombiano.

Metodología

Diseño de estudio: Se llevó a cabo un estudio de corte transversal con fuente primaria, de base hospitalaria y comunitaria, en Barranquilla y Riohacha, entre julio de 2018 y mayo de 2019. **Población blanco de estudio y criterios de selección:** gestantes venezolanas en condición irregular, asentadas en el Caribe colombiano durante al menos dos meses que aceptaron participar en el estudio. Se consideraron las pacientes atendidas en los hospitales públicos y las mujeres de base comunitaria que pudieran o no haber tenido contacto con los servicios de salud al momento de la evaluación. De las anteriores, se excluyeron quienes tenían nacionalidad colombiana.

Muestreo: Marco muestral: Se llevó a cabo diferencialmente para las pacientes de base hospitalaria y para las gestantes de base comunitaria. Para las de base hospitalaria el reclutamiento se hizo en el punto de atención de la red pública hospitalaria Camino Simón Bolívar y en el Hospital Nazareth de Barranquilla. En Riohacha la búsqueda se hizo en el Hospital Nuestra Señora de los Remedios (E.S.E.). Estos hospitales corresponden a las instituciones designadas por las autoridades sanitarias para atender los controles prenatales de las gestantes migrantes irregulares. Otras unidades de la red pública de Barranquilla atienden exclusivamente urgencias, por lo que no se consideraron.

En el caso de Riohacha, debido a cambios en la atención de las gestantes, el reclutamiento se hizo en urgencias o en un puesto de atención dispuesto por una Organización No Gubernamental dentro del Hospital, dado que hubo periodos sin prestación de servicio para control prenatal.

Por su parte y también en ambas ciudades, para la búsqueda comunitaria se realizaron varias estrategias de rastreo activo, a saber: referencia de gestantes identificadas en el hospital, visita a cinco asentamientos de Barranquilla para búsqueda activa con el

acompañamiento de líderes comunitarios, búsqueda propositiva a través de líderes y asociaciones de migrantes, convocatoria por redes sociales, rastreo en jornadas de vacunación o atención primaria lideradas por autoridades u organismos humanitarios. Para esta búsqueda se dispusieron de todos los recursos posibles en ambas ciudades. Se tuvo contacto con el 89,5% de las mujeres identificadas en la estrategia y todas aceptaron participar.

Procedimiento de muestreo y tamaño de muestra: Para la muestra de base hospitalaria, en cada institución se realizó un muestreo sistemático con base en numeración del orden de llegada, en horas de consulta (mañanas de lunes a viernes de 7 am a 12 m); cada día se asignó un número a cada paciente y se seleccionó aleatoriamente un número de arranque (entre 1 a 5), usando esa distancia entre pacientes para invitarlas a participar el estudio. El 100% de las gestantes de base hospitalaria aceptaron participar. El tamaño de muestra se estimó considerando la semi-amplitud de los intervalos de confianza mediante la siguiente fórmula:

$$d = 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} * Deff$$

Donde p es la prevalencia de interés y $Deff$ el efecto de diseño. Este último ($Deff$) se interpreta como el número de unidades colectadas mediante esta encuesta que son equivalentes para propósitos de estimación a una unidad colectada mediante muestreo aleatorio simple. El valor de $Deff$ estimado en esta encuesta fue de 1,83. Los parámetros que se estimarían en este estudio se supusieron en el intervalo de entre 10% al 70%.

Dados los parámetros, las ganancias en precisión en la semi-amplitud de los intervalos son marginales para tamaños de muestra mayores a 500 (**Figura 1**); considerando una no respuesta del 5%, el tamaño de muestra total estimado fue de 525.

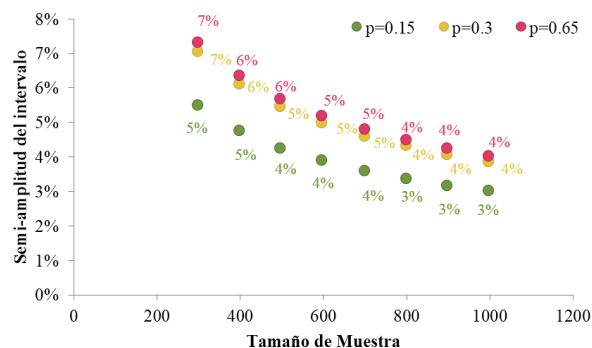


Figura 1. Semi-amplitud de los intervalos de confianza.

Instrumento de recolección de Información: Se construyó un instrumento con 134 preguntas, a partir de cuestionarios de referencia como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), la encuesta sobre Migración en la frontera Sur de México (Cuestionario 2016) y el instrumento del Instituto Sonorense de la Mujer (México 2010).

Se utilizó la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) validada para Colombia⁹. Los puntos de corte para seguridad alimentaria provienen del manual de uso y aplicaciones¹⁰. Para indagar sobre los síntomas depresivos, se usó la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-D) con 21 ítems; cuando la gestante obtuvo 12 puntos o más se clasificó con síntomas depresivos clínicamente significativos¹¹.

Adicionalmente, a una submuestra de 273 gestantes asentadas en Barranquilla, se les cuantificó la hemoglobina en sangre capilar. Para esto, se recolectó una muestra de sangre del dedo anular y se cuantificó la concentración de hemoglobina utilizando un hemoglobímetro portátil. La lectura se realizó en dos longitudes de onda y 880nm para compensar turbidez. Considerando un umbral fijo de anemia que genera mayor incidencia de problemas al nacimiento de 11 g/dl¹².

Pilotaje del instrumento: El cuestionario fue revisado y avalado por dos expertos internacionales en migración y salud, ajenos al equipo de trabajo. Antes de la aplicación, se realizó una prueba piloto en 20 gestantes en ambas ciudades para identificar eficacia y aceptabilidad del instrumento, así como necesidades ajustes de lenguaje o de revisión de opciones de respuesta. El instrumento fue ajustado después del piloto.

Control de calidad del dato: El cuestionario y la toma de muestra se realizó por profesionales de salud (enfermera y microbióloga) con experiencia en aplicación de encuestas, quienes fueron entrenadas en el instrumento, siguiendo un protocolo estricto estandarizado. Uno de los investigadores hizo supervisión semanal de la calidad del dato.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para el caso de las variables cualitativas se realizaron proporciones. Los resultados se presentan estratificadamente por ciudad y tipo de muestra. Se usó STATA 12 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

Resultados

Características demográficas, sociales y económicas

Fueron encuestadas 520 mujeres entre agosto de 2018 y mayo de 2019, la mayoría de ellas en Barranquilla (60,8%) y en el entorno hospitalario (81,3%). Se trata de mujeres jóvenes, predominantemente casadas o en unión libre, con compañero venezolano. En un 24,4% mujeres cabeza de familia, y con algún grado educativo (**Tabla 1**).

Ocho de cada diez pagaban arriendo por su vivienda en Colombia (76,6%), la cual correspondía, principalmente, a una casa (37,1%) o apartamento (21,5%). En promedio residían en 2,1 habitaciones con 4,8 personas, de las cuales 1,8 percibían ingresos. En más de la mitad de los hogares el ingreso mensual no superaba el salario mínimo colombiano (que para 2019 estaba aproximadamente en US\$245) y durante el mes anterior a la encuesta, dicho dinero fue invertido casi totalmente en la compra de alimentos (59,3%) y el pago del arriendo (29,3%); la principal fuente de ingresos de la gestante correspondía a los ingresos del cónyuge o pareja (67,5%), seguido por el trabajo propio (18,3%) y la colaboración de la familia (11,3%). Casi la mitad de las encuestadas enviaba remesas a Venezuela (49,0%).

En la mayoría de las viviendas las gestantes contaban con servicios públicos de energía eléctrica, acueducto y alcantarillado; más de la mitad tenía gas natural, mientras que el 12,3% no contaba con servicio de recolección de basuras, con menor disponibilidad entre las gestantes asentadas en Riohacha (**Tabla 1**).

Características del proceso migratorio

La mayoría de las gestantes encuestadas salieron de Venezuela en el año 2018 (59,2%). Si bien casi todas habían elegido a Colombia como lugar de destino antes de migrar (**Tabla 2**), un 1,0% planeaba llegar hasta otro país (Ecuador, Perú o USA). El 57,9% se transportó en bus para llegar a Colombia, seguidas por quienes se movilizaban en automóvil (21,0%).

El 9,6% dijo haber contratado alguna persona para que le ayudara a cruzar la frontera, al 4,6% amenazaron con llamar a las autoridades migratorias y el 5,2% dijo recibir burlas, insultos o gritos durante su ingreso a Colombia. El 10,0% refirió haber sido víctima de robo o atraco en el desplazamiento, el 1,3% víctima de agresión física y 0,6% víctima de abuso sexual.

Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública

Tabla 1. Características sociodemográficas de gestantes venezolanas migrantes en condición irregular en Barranquilla y La Guajira, 2018-2019.

	Barranquilla			Riohacha			Total		
	Comu ^a	Hosp ^b	Total	Comu	Hosp	Total	Comu	Hosp	Total
Edad									
Media (DE ^c)	23,7 (5,0)	23,9 (5,4)	23,8 (5,3)	23,9 (4,9)	24,1 (5,2)	24,1 (5,1)	23,7 (4,9)	24,0 (5,3)	23,9 (5,2)
14 - 19 años, %	22,0	20,6	20,9	16,2	20,3	19,5	19,8	20,5	20,4
20 - 34 años, %	72,9	74,2	74,0	78,4	75,9	76,4	75,0	74,9	74,9
35 - 41 años, %	5,1	5,2	5,1	5,4	3,8	4,1	5,2	4,6	4,7
Estado civil %									
Soltera	16,9	11,3	12,3	55,3	11,4	19,6	32,0	11,3	15,2
Casada – Unión libre	79,7	88,3	86,7	39,5	79,5	72,1	63,9	84,9	81,0
Separada – divorciada	3,4	0,4	0,9	5,3	7,2	6,9	4,1	3,1	3,3
Viuda	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,5	0,0	0,7	0,6
Nivel educativo %									
Ninguno	0,0	0,4	0,3	0,0	1,8	1,5	0,0	0,9	0,8
Primaria	16,9	25,3	23,8	42,1	33,7	35,3	26,8	28,7	28,3
Secundaria	67,8	48,0	51,7	50,0	47,6	48,0	60,8	47,9	50,3
Técnico medio	8,5	7,0	7,3	2,6	6,0	5,4	6,2	6,6	6,6
Técnico superior	6,8	12,9	11,7	0,0	4,2	3,4	4,1	9,5	8,5
Pregrado	0,0	6,3	5,1	5,3	6,6	6,4	2,1	6,4	5,6
Número de personas con las que reside									
Media (DE)	6,5 (4,4)	4,7 (2,7)	5,1 (3,2)	3,4 (2,0)	4,6 (2,8)	4,4 (2,7)	5,3 (4,0)	4,7 (2,8)	4,8 (3,0)
1 – 6 personas, %	64,4	78,9	76,2	94,7	80,1	82,8	76,3	79,4	78,8
7 – 12 personas, %	22,0	19,5	20,0	5,3	18,1	15,7	15,5	19,0	18,3
13 – 21 personas, %	13,6	1,6	3,8	0,0	1,8	1,5	8,2	1,7	2,9
Personas que reciben ingresos									
Media (DE)	2,0 (1,5)	1,8 (1,1)	1,9 (1,2)	1,6 (0,9)	1,6 (1,3)	1,6 (1,3)	1,9 (1,3)	1,8 (1,2)	1,8 (1,2)
Ingreso mensual total en el hogar %									
Menos de 1 SMMLV	67,8	63,8	64,6	81,6	66,9	69,6	73,2	65,0	66,5
Entre 1 y < 3,5 SMMLV	32,2	35,8	35,1	18,4	33,1	30,4	26,8	34,8	33,3
Entre 3,5 y < 6 SMMLV	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Recibe ayudas o subsidios económicos %									
Sí	20,3	14	15,2	2,6	16,9	14,2	13,4	15,1	14,8
Ha recibido asistencia o ayudas %									
Sí	47,5	33,1	35,8	10,5	48,2	41,2	33,0	39,0	37,9
Envía dinero a Venezuela %									
Sí	50,8	50,8	50,8	34,2	49,1	46,3	44,3	50,1	49,0
Servicios públicos en el hogar %									
Energía eléctrica	96,6	99,6	99,1	97,4	92,2	93,1	96,9	96,7	96,7
Gas natural	54,2	79,8	75,0	65,8	50,0	52,9	58,8	68,1	66,3
Acueducto	89,8	97,3	95,9	92,1	81,9	83,8	90,7	91,3	91,2
Alcantarillado	67,8	95,3	90,2	92,1	74,1	77,5	77,3	87,0	85,2
Internet	15,3	20,2	19,3	2,6	9,0	7,8	10,3	15,8	14,8
Recolección de basuras	69,5	96,9	91,8	92,1	78,9	81,4	78,4	89,8	87,7

a. Comu: Gestantes de base comunitaria

b. Hosp: Gestantes de base hospitalaria

c. DE: Desviación estándar

Tabla 2. Características del proceso migratorio de gestantes venezolanas en condición irregular en Barranquilla y La Guajira, 2018-2019.

	Barranquilla			Riohacha			Total		
	Comu	Hosp	Total	Comu	Hosp	Total	Comu	Hosp	Total
Motivos para migrar %									
Represión económica	78,0	78,5	78,4	86,8	65,1	69,1	81,4	73,2	74,8
Mejor futuro	8,5	16,4	14,9	10,5	18,1	16,7	9,3	17,1	15,6
Razones familiares	5,1	1,2	1,9	2,6	9,0	7,8	4,1	4,3	4,2
Represión política	3,4	0,8	1,3	0,0	5,4	4,4	2,1	2,6	2,5
Seguridad (no económica)	3,4	0,4	1,0	0,0	0,6	0,5	2,1	0,5	0,8
Otro	1,7	2,7	2,5	0,0	1,8	1,5	1,0	2,4	2,1
Tiempo de estancia en Colombia en meses									
Media (DE)	11,3 (6,6)	12,7 (7,5)	12,4 (7,4)	9,9 (5,3)	11,0 (8,1)	10,8 (7,6)	10,8 (6,1)	12,0 (7,8)	11,8 (7,5)
2 – 6 meses %	30,5	19,5	21,5	23,7	27,7	27	27,8	22,7	23,7
7 – 12 meses %	40,7	47,1	45,9	68,4	47,6	51,5	51,5	47,3	48,1
13 – 24 meses %	28,8	30,0	29,7	2,6	16,9	14,2	18,6	24,8	23,7
Más de 24 meses %	0,0	3,5	2,8	5,3	7,8	7,4	2,1	5,2	4,6
Tiempo de estancia en Barranquilla – Riohacha en meses									
Media (DE)	10,8 (6,6)	11,7 (7,3)	11,5 (7,1)	9,9 (5,3)	10,3 (7,6)	10,3 (7,2)	10,4 (6,1)	11,2 (7,4)	11,0 (7,2)
2 – 6 meses %	35,6	23,7	25,9	23,7	28,9	27,9	30,9	25,8	26,7
7 – 12 meses %	37,3	47,5	45,6	68,4	49,4	52,9	49,5	48,2	48,5
13 – 24 meses %	27,1	26,1	26,3	2,6	15,1	12,7	17,5	21,7	21
Más de 24 meses %	0,0	2,7	2,2	5,3	6,6	6,4	2,1	4,3	3,8
Había decidido venir a Colombia antes de salir de Venezuela %									
Sí	96,6	94,6	94,6	86,8	84,3	84,8	92,8	90,5	91,0
Participó en el RAMV %									
Sí	44,1	29,6	32,3	50,0	41,6	43,1	46,4	34,3	36,5
País donde planea el parto %									
Colombia	98,3	97,2	97,4	97,4	96,4	96,6	97,9	96,9	97,1
Venezuela	1,7	2,4	2,2	2,6	3,6	3,4	2,1	2,9	2,7
Otro	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Planea retornar a Venezuela %									
Sí	52,5	60,7	59,2	21,1	37,3	34,3	40,2	51,5	49,4

Condiciones de salud y acceso a los servicios sanitarios

Al momento de la encuesta el 50% de las mujeres tenía seis meses de gestación o menos (Rq=4 meses) y en el 1,0% de los casos se trataba de un embarazo múltiple. El 42,0% de las encuestadas eran primerizas, las demás tenían en promedio 2,0 hijos (DE= 1,2 hijos).

Entre los antecedentes obstétricos referidos (entre quienes tenían hijos), se destacaron la cesárea anterior (37,6%), las complicaciones durante el embarazo

(36,0%), parto pretérmino (16,2%), ruptura prematura de membranas (10,8%), bajo peso al nacer (7,1%) y malformaciones congénitas (2,7%).

Durante este embarazo, cuatro de cada diez percibían su propia salud como regular (40,2%) con peor percepción para las gestantes de Riohacha (Tabla 3); el 26,7% había presentado al menos un episodio de infección urinaria, el 5,6% tenía diagnóstico de preeclampsia, el 3,1% de enfermedades bucodentales, el 1,5% de diabetes gestacional y un 17,8% adicional que refirió otra enfermedad sin especificar. Se encontró que el

23,4% de las gestantes presentaba síntomas depresivos clínicamente significativos (con una diferencia de 21,4 pp entre las ciudades, con mayor proporción para las asentadas en Riohacha), mientras el 16,6% consideraba que estar embarazada era un problema.

Entre tanto, al 23,0% le habían informado que el embarazo actual era de alto riesgo debido a su edad, antecedente de abortos, diabetes gestacional, sífilis, hepatitis B, cardiopatía, epilepsia, trombosis venosa profunda, ruptura de arteria femoral, obesidad, embarazo ectópico anterior, captación tardía, preeclampsia, desprendimiento de placenta, placenta previa y cordón en el cuello. De otro lado, al 0,7% tenía diagnóstico de anomalía cromosómica, en este caso, anomalías cardíacas.

Solo en el 3,7% de los casos refirieron estar afiliadas al sistema de salud colombiano, todas en el régimen subsidiado, excepto una que dijo estar en el régimen contributivo. La institución donde recibían la atención sanitaria estaba a mínimo 2 minutos y máximo a 2 horas de distancia y la mayoría se trasladaba en bus (37,1%) o en mototaxi (26,6%).

Solo al 32,3% le habían otorgado un carné materno para la atención en salud, mientras que dos de cada cinco o menos habían recibido las pruebas prenatales y vacunas necesarias, así: vacuna contra influenza, 44,9%; vacuna contra tétanos, 46,8%; ecografías, 37,3%; exámenes de laboratorio, 38,4%; hemoclasificación, 28,9%; y prueba de tolerancia a la glucosa, 28,0%. En este escenario, la prueba de VIH y sífilis solo fue reportada por el 33,2% y el 31,8%, respectivamente, es decir, se desconocía el riesgo de transmisión materno-infantil de ambas entidades en más del 65,0% de los casos.

El 17,3% de las encuestadas estaba embarazada antes de salir de Venezuela, es decir, la mayoría (82,6%) concibió durante el trayecto o después de haber llegado a Colombia. El 39,1% de las gestantes no había recibido control prenatal durante este embarazo, solo el 20,9% inició controles en el primer trimestre de gestación, con un porcentaje mucho menor para las que llegaron al país antes de los tres meses de embarazo (Figura 2). Entre las que sí habían recibido, 1,8 fue el promedio controles prenatales (DE=1,4 controles).

Casi todas estaban consumiendo ácido fólico (96,3%), mientras que hierro y calcio solo el 68,2% y el 57,8%, respectivamente. De acuerdo con la ELCSA,

la proporción de inseguridad alimentaria en el hogar fue del 87,5% (mayor en Barranquilla), mientras que, según la hemoglobina en sangre, el 51,3% de las valoradas tenía anemia (Tabla 3).

Durante los seis meses anteriores a la encuesta, el 25,9% de las mujeres requirieron atención sanitaria por urgencias independiente de la atención prenatal. La mayoría (7/10) cree que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud, mientras que el 62,7% calificó la atención como muy buena o buena.

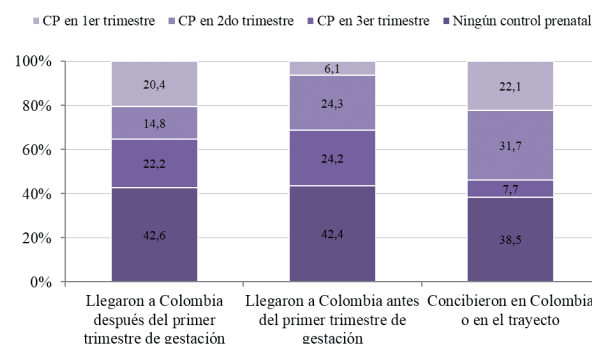


Figura 2. Trimestre de inicio del control prenatal según tiempo de migración a Colombia. Gestantes venezolanas migrantes en condición irregular en Barranquilla y Riohacha, 2018-2019.

Violencia contra las gestantes

Se les preguntó a las mujeres por la experiencia de diversos tipos de violencias perpetradas por su pareja o expareja durante la gestación actual (Tabla 3). Al respecto, se reportó principalmente violencia psicológica (89,0%) (como celos, acuso de serle infiel, haberle impedido encontrarse con amigos, limitar el contacto con familia, controlarle todo el tiempo o no consultarle sobre las decisiones importantes de la familia), seguido por la violencia económica (31,4%) (como sentirse vigilada por él en la forma como gasta el dinero, haber sido amenazada con quitarle el apoyo económico, haberle prohibido trabajar, él se gastó el dinero que se necesitaba para el hogar, o haberle quitado dinero o bienes). Adicionalmente, un 7,1% dijo haber sido víctima de violencia física por parte de otra persona como padres, hermanos, tíos y amigos, entre otros. Las gestantes migrantes asentadas en Riohacha, reportaron mayores niveles de todos los tipos de violencia.

Tabla 3. Características de salud en gestantes venezolanas migrantes en condición irregular en Barranquilla y La Guajira, 2018-2019.

	Barranquilla			Riohacha			Total		
	Comu	Hosp	Total	Comu	Hosp	Total	Comu	Hosp	Total
Percepción de la salud durante el embarazo %									
Muy buena	0,0	1,6	1,3	5,3	3,1	3,5	2,1	2,1	2,1
Buena	57,6	62,3	61,4	28,9	36,8	35,3	46,4	52,4	51,3
Regular	39,0	34,6	35,4	55,3	46,0	47,8	45,4	39,0	40,2
Mala	3,4	1,6	1,9	10,5	12,3	11,9	6,2	5,7	5,8
Muy mala	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,5	0,0	0,7	0,6
Nivel de inseguridad alimentaria en el hogar %									
Seguridad alimentaria	11,9	8,9	9,5	7,9	19,3	17,2	10,3	13,0	12,5
Inseguridad leve	37,3	41,2	40,5	21,1	20,5	20,6	30,9	33,1	32,7
Inseguridad moderada	37,3	26,8	28,8	23,7	24,7	24,5	32,0	26,0	27,1
Inseguridad severa	13,6	23,0	21,2	47,4	35,5	37,7	26,8	27,9	27,7
Anemia^a %									
Hemoglobina <11 g/dl	51,6	51,2	51,3	--	--	--	--	--	--
Síntomas depresivos clínicamente significativos %									
Sí	25,4	23,3	23,7	39,5	46,4	45,1	30,9	32,4	32,1
Conductas de riesgo %									
Cigarrillo	1,7	0,0	0,3	5,3	3,6	3,9	3,1	1,4	1,7
Alcohol	8,5	0,4	1,9	13,2	12,7	12,7	10,3	5,2	6,2
Drogas ilícitas	1,7	0,4	0,6	0,0	0,6	0,5	1,0	0,5	0,6
Necesitó y recibió atención por urgencias además de las consultas prenatales %									
Sí	35,6	37,6	37,3	10,5	7,8	8,3	25,8	25,9	25,9
Considera que le brindaron la atención necesaria %^b									
Sí %	66,1	75,5	73,7	75,0	66,7	69,8	66,7	74,5	73,1
Percepción de la calidad de la atención recibida %^b									
Muy buena	15,0	5,5	7,2	25,0	0,0	6,7	16,7	4,9	7,1
Buena	40,0	58,2	55,0	25,0	72,7	60,0	37,5	59,8	55,6
Regular	20,0	17,6	18,0	0,0	18,2	13,3	16,7	17,6	17,5
Mala	20,0	18,7	18,9	50,0	9,1	20,0	25,0	17,6	19,0
Muy mala	5,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,8
Violencia por parte de la pareja o expareja %									
Económica	20,3	21,4	21,2	47,4	47,0	47,1	30,9	31,5	31,4
Sexual	0,0	1,2	1,0	2,6	3,0	2,9	1,0	1,9	1,7
Física	10,2	5,5	6,3	21,1	13,9	15,2	14,4	8,8	9,8
Psicológica	88,1	87,1	87,3	86,8	92,8	91,7	87,6	89,3	89,0
Violencia por parte de otra persona %									
Física	15,3	3,1	5,4	15,8	8,4	9,8	15,5	5,2	7,1

a. Prueba de hemoglobina en sangre capilar a submuestra de 273 gestantes asentadas en Barranquilla

b. Solo para aquellas que obtuvieron el servicio de urgencias cuando lo necesitó

Discusión

En síntesis, en este trabajo se encontró que las mujeres gestantes migrantes venezolanas se encuentran en su mayoría en un alto grado de vulnerabilidad social y económica, lo cual es coherente con su estatus migratorio irregular. Como resultados más relevantes,

las gestantes migrantes venezolanas del estudio no tuvieron garantizado el acceso a la atención primaria, que incluyera los controles prenatales, la toma de complementos nutricionales y la protección social necesaria para disminuir el riesgo obstétrico y perinatal. Es importante, sin embargo, tener presente que las migrantes son un grupo heterogéneo, y que no todas

necesariamente se encuentran en esta condición de vulnerabilidad, además que esta puede cambiar en la medida en que la regularización les permita acceder a trabajo, ingresos y seguridad social.

Con relación al acceso a servicios de salud, si bien el 96,3% dijo no estar afiliada al sistema de salud colombiano, el 25,9% de las encuestadas relató que cuando lo necesitó accedió efectivamente a los servicios de urgencias, de estas, la mayoría piensa que le brindaron la atención necesaria y valoraron positivamente la calidad del servicio. Esta atención ha sido posible gracias a la respuesta del Gobierno colombiano frente a los grupos prioritarios y vulnerables en el marco de la migración venezolana¹³⁻¹⁶ y a las acciones de organizaciones de cooperación internacional y ayuda humanitaria que han apoyado, entre otras, brigadas extramurales en diferentes territorios de acogida.

El *plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio* ha garantizado en la teoría la atención integral de las gestantes en Colombia, independientemente de su estatus migratorio, así como también ha incorporado la necesidad de involucrarlas como blanco en los planes de intervención colectiva¹³. De tal modo que las migrantes venezolanas irregulares tienen derecho actualmente no solo a la atención de urgencias, parto y puerperio, sino también al control prenatal y a los beneficios de las acciones colectivas^{14,15}. Sin embargo, a pesar de las resoluciones tomadas por las autoridades sanitarias a nivel nacional, estas medidas no se han traducido en todos los territorios del mismo modo en beneficios para la población migrante en medidas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y así mismo, la atención estaría determinada por procedimientos administrativos no explícitos, así como por las limitaciones financieras para garantizar su atención en cada ente territorial. El gran esfuerzo del gobierno nacional y de las administraciones locales se limita a la atención en el servicio de urgencias, donde las migrantes tienen una buena percepción de los servicios de salud, sin embargo, sin cobertura en atención primaria, no existirá disminución de riesgo para la salud individual y colectiva para las gestantes migrantes, en temas como acceso oportuno y continuo a tratamientos y violencia de género, ni se verán los beneficios sociales de la promoción de la agencia y empoderamiento, necesarias para que tanto las madres como las generaciones que nacen en esta ola migratoria tengan mayores oportunidades de bienestar.

En este sentido, debe prestarse atención al acceso, oportunidad, continuidad e integridad del control prenatal; entre los hallazgos de este estudio está la falta

de oportunidad diagnóstica para eventos prioritarios en salud pública como el VIH/SIDA y la Sífilis, entre otros, que sin intervención oportuna, se convierten en eventos catastróficos para el individuo y para la sociedad.

Es importante resaltar que el estado de salud de las mujeres migrantes embarazadas no solo se relaciona con sus condiciones de vida en Colombia al momento de la encuesta, sino que también influyen sus características individuales, las condiciones de vida anteriores, la red social en Venezuela y las condiciones del viaje, es decir, influyen de manera importante los determinantes sociales tanto del origen, como del tránsito y destino.

Entre las problemáticas prioritarias identificadas en esta investigación, se encuentran las carencias nutricionales, cuatro de cinco hogares tenía inseguridad alimentaria y la mitad de la submuestra presentó anemia. La inseguridad alimentaria ha sido consistentemente asociada con peores resultados en salud en los diferentes momentos del ciclo vital¹⁷. Si bien el instrumento utilizado fue diferente, los resultados de este estudio se asemejan a los de Omidvar, et.al.¹⁸ quienes encontraron inseguridad alimentaria en el 77,0% de los inmigrantes afganos en dos ciudades de Irán en 2010. Por su parte, según Noran, et. al.¹⁹ la deficiencia de hierro durante la gestación es un problema de salud global, que afecta cerca del 52,0% de las mujeres embarazadas en el mundo en desarrollo, una proporción similar a la encontrada entre las gestantes de este estudio (51,3%).

Por su parte, de acuerdo con Miszkurka, et. al. las mujeres migrantes presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos durante la gestación y el periodo posparto²⁰. En un estudio adelantado en embarazadas de 18 a 45 años en Barranquilla (2012), Borda, et.al. reportaron depresión en el 19,2% de las gestantes²¹, una cifra menor a la encontrada en este estudio (32,1%). Por su parte, en una investigación realizada en migrantes embarazadas reclutadas en dos hospitales de Montreal (Canadá)²², hallaron un 42,0% con síntomas depresivos, y asociación estadística con deficiencias funcionales, síntomas somáticos, ausencia de apoyo social, eventos vitales estresantes y peor calidad marital (consenso, satisfacción, cohesión y expresiones de afecto). Valga advertir que en ambos estudios utilizaron escalas diferentes para valorar la depresión.

Con respecto a la violencia perpetrada por la pareja, esta investigación reporta un porcentaje superior al rango encontrado en otras investigaciones en Europa y América (17,0% y 70,5%) de acuerdo con la revisión de literatura publicada por Gonçalves y

Matos en relación con este tema²³. Este ha sido el tipo de violencia más estudiada entre mujeres migrantes y es pertinente señalar que se requieren estudios sobre otros tipos de agresiones menos visibles a las que están sujetas las mujeres migrantes en sus familias, comunidades, lugares de trabajo, espacios públicos e instituciones.

La Guajira y el Atlántico son dos de los cuatro departamentos con mayor proporción de migrantes irregulares del país, lo que hace del Caribe colombiano la región de mayor acogida de migrantes venezolanos irregulares junto con el noroccidente colombiano. Sin embargo, a pesar de las directrices nacionales, las respuestas en Salud Pública han sido diversas entre los entes territoriales que explicarían diferencias en el estado de salud de las gestantes migrantes, sumado a las diferencias en el perfil migratorio (pendular en Riohacha y con intención de permanencia en Barranquilla).

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la imposibilidad de generalización a todas las mujeres migrantes gestantes procedentes de Venezuela. De acuerdo con el diseño muestral, los resultados pueden ser atribuidos a las mujeres encuestadas, todas ellas en condición irregular; además, debido a los tipos de muestreo, no pueden estimarse directamente algunos parámetros como el acceso efectivo a los servicios de salud (entre tanto la captación de la mayoría se hizo en un ambiente hospitalario, es decir, ya habían accedido al sistema), además de las limitaciones propias del tipo de muestreo no probabilístico en bola de nieve²⁴, entre los que se destaca la mayor probabilidad de encontrar resultados similares entre los participantes referidos. El diseño planteado en este estudio fue la mejor alternativa disponible dada la inexistencia de un marco muestral que cubra todo el universo y la alta movilidad de la población irregular, todos los días llegan nuevas personas y otras salen del país, y muchos de estos movimientos no se registran en los sistemas de información. Adicionalmente, se considera que se capta las principales fuentes de heterogeneidad de la población a través de la búsqueda y el análisis en forma estratificada en el contexto comunitario y hospitalario, como también por ciudad. Finalmente, es razonable suponer que la población blanco de interés: gestantes migrantes irregulares, sí está adecuadamente representada por la muestra, esto en razón a que se trata de una población heterogénea en sus condiciones sociales y económicas y en otros determinantes sociales que explicarían que las condiciones de salud tengan un comportamiento similar a lo observado en el Registro

Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV), o en las bases de datos de registro de atenciones de ambas ciudades, en donde varios parámetros como edad y escolaridad son prácticamente iguales que los estimadores obtenidos en la muestra de este trabajo. Estimaciones más precisas se encontrarán en los análisis posteriores cuando se termine el reclutamiento en un año, pero dada la coyuntura actual estos resultados debían ser publicados con oportunidad, y es probable que los estimadores puntuales de resultados finales varíen poco.

Este reporte tiene diversas fortalezas, entre ellas y de acuerdo con nuestro conocimiento, se constituye en el primer informe con fuentes primarias en el que se develan las condiciones demográficas, sociales, económicas, de estado de salud y experiencia en el acceso a los servicios sanitarios de las mujeres gestantes migrantes irregulares asentadas en las principales ciudades receptoras del Caribe colombiano. Valga mencionar que las migrantes irregulares se han identificado como una población particularmente vulnerable, algunas veces invisibilizadas y expuestas a diferentes tipos de abuso^{25,26} que requiere especial atención y que la región Caribe es uno de los territorios con mayor recepción de migrantes irregulares venezolanos²⁷. En este sentido, es probable que la regularización les permita acceder a mejores fuentes de ingreso, y, por lo mismo, ser un factor clave para la mejora progresiva del estado de salud de las gestantes migrantes y de los migrantes en general.

Si bien los hallazgos del estudio develan diversas condiciones de vulnerabilidad socio-económica entre las gestantes migrantes venezolanas, es importante resaltar que estos no se alejan de las condiciones de la población colombiana pobre no asegurada, siendo probable que enfrenten en principio las mismas dificultades de acceso al sistema de salud. Por otro lado, la capacidad institucional de cada ente territorial, con el apoyo del gobierno nacional, será determinante para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las gestantes migrantes irregulares. Se espera que los resultados de esta investigación aporten a la ejecución de medidas específicas de protección y atención a las migrantes gestantes, y ayude indirectamente a la superación de la vulnerabilidad. Aunque de forma más general, es probable que más allá del sistema de salud, sea principalmente la regularización, en cuanto puerta de acceso al trabajo formal, ingreso y aseguramiento social, la que permita modificar realmente los determinantes sociales de la salud de estas mujeres.

Agradecimientos

A Maolys Jiménez, quien coordinó el trabajo de campo; a la estudiante de maestría Kellys Quintana, por su apoyo logístico en la Guajira. A la Fundación “De pana que sí” liderada por Thailer Fiorillo y Maryanella Sánchez, y a todas las mujeres migrantes y gestantes que aceptaron participar en nuestro estudio. A la Dirección de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Universidad del Norte por la financiación de este proyecto.

Consideraciones éticas

Los principios éticos estuvieron siempre en concordancia con la declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 de Colombia. Esta investigación fue clasificada como con riesgo menor al mínimo y avalada por el Comité de Ética de la División de Salud de la Universidad del Norte. Todas las gestantes firmaron el consentimiento informado y siempre se respetó su autonomía para participar en el estudio, indicando que su participación sería voluntaria y sin perjuicio si decidían no participar. A todas las participantes se les brindó orientación para acceder al sistema de salud, sensibilización sobre signos de alarma y recomendaciones generales para el cuidado durante el embarazo.

Conflicto de interés

Los investigadores no reportan conflictos de interés.

Referencias


1. Ministerio de Salud. Seguimiento estadístico N° 26. Migrantes Venezolanos en Colombia. Corte 31 de diciembre de 2018; 2019.
2. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo. Los migrantes y las ciudades: Nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad Organización Internacional para las Migraciones (OIM); 2015. 247 p.
3. Instituto Nacional de Salud. Boletín N° 16. Notificación eventos de interés en salud pública durante. Fenómeno migratorio; 2019.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1768 de 2015. Por el cual se establecen las condiciones para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsado de la República Bolivariana de Venezuela; 2015. 4p
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 866 de 2017. Por el cual se sustituyen apartados del decreto 780 de 2016 en cuanto al giro de recursos para la atención inicial de urgencias a migrantes; 2017 p. 2016-8.
6. Rodríguez Valladolid N. Género, inmigración e intervención social. Oriente y occidente: la construcción de la subjetividad femenina. 2014; p. 79-100.
7. Organización Internacional para las Migraciones. Las Migraciones en América Latina y el Caribe; 2005.
8. Palacios Valencia Y. Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. CES Derecho. 2016; 7(2): 145-162.
9. Álvarez M, Vélez O. Adaptación y validación interna y externa de la Escala Latinoamericana y el Caribe para la Medición de Seguridad Alimentaria en el Hogar ELCSA- Colombia. Componente Adaptación lingüística de la ELCSA. Universidad de Antioquia; 2008.
10. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Comité científico de la ELCSA. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de uso y aplicaciones. Roma: FAO; 2012. 78 p.
11. Gempp Fuentealba R, Thieme C. Efecto de diferentes métodos de puntuación sobre la fiabilidad, validez y puntos de corte de la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). Terapia Psicológica. 2010; 28(1): 5-12. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100001>.
12. OMS. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). Ginebra. OMS; 2011. 7 p.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio. República de Colombia; 2017. 75 p.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 25 de 2017. Asunto: Fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. República de Colombia; 2017. 7 p.
15. Presidencia de la República. Decreto 1770 de 2015. Por el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en parte del territorio nacional. República de Colombia; 2015. 13 p.
16. Consejo Nacional de Política Económica y Social, DNP. Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. DNP; 2018. 115 p.
17. FAO, FIDA, Programa Mundial de Alimentos. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo,

- 2015: cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos. 1a ed. Vol. 1. Roma: FAO; 2015. 66 p.
18. Omidvar N, Ghazi-Tabatabaie M, Sadeghi R, Mohammadi F, Abbasi-Shavazi MJ. Food Insecurity and its sociodemographic correlates among Afghan immigrants in Iran. *J Health Popul Nutr.* 2013; 31(3): 356-366.
 19. Noran A, Mohammed J. The impact of maternal iron deficiency and iron deficiency anemia on child's health. *Saudi Med J.* 2015; 36(2): 146-149. doi: <http://doi.org/10.15537/smj.2015.2.10289>.
 20. Miszkurka M, Goulet L, Zunzunegui MV. Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada. *Can J Public Health.* 2010; 101(5): 358-364. doi: <https://doi.org/10.1007/BF03404853>.
 21. Borda Pérez MA, Forero C, Ahcar Cabarcas N, Hinestrosa C, Polo Lobo S, Staaden Garavito M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño de Jesús en Barranquilla (Colombia). *Rev Cient Salud Uninorte.* 2013; 29(3): 394-405.
 22. Zolkowitz P, Schinazi J, Katofsky L, Saucier JF, Valenzuela M, Westreich R, et al. Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcult Psychiatry.* 2004; 41(4): 445-464. doi: <http://doi.org/10.1177/1363461504047929>.
 23. Gonçalves M, Matos M. Prevalence of violence against immigrant Women: A systematic review of the literature. *J Fam Viol.* 2016; 31(6): 697-710. doi: <http://doi.org/10.1007/s10896-016-9820-4>.
 24. Bagheri A, Saadati M. Exploring the effectiveness of chain referral methods in sampling hidden populations. *Indi J Science Technol.* 2015; 8(30): 1-8. doi: <http://doi.org/10.17485/ijst/2015/v8i30/84754>.
 25. Bloch A, Chimienti M. Irregular migration in a globalizing world. *Irregular Migrants.* 2013; 34(8): 1271-1285. doi: <https://doi.org/10.1080/01419870.2011.560277>.
 26. Ambrosini M. Irregular migration and invisible welfare. 1a ed. London: Palgrave Macmillan UK; 2013.
 27. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de planeación. Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela; 2018. p. 1-115.

Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería

Users' satisfaction with prenatal care in Monteria

Luis Enrique Mayorga-Mogollón¹; Carlos Enrique Sejín-Vásquez¹; Mileidys Pérez-Gómez¹; Jennifer Guzmán-Martínez¹

Forma de citar: Mayorga-Mogollón LE, Sejín-Vásquez CE, Pérez-Gómez M, Guzmán-Martínez J. Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(3): 220-227. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019005> 

Resumen

Introducción: En los procesos de atención que requieren seguimiento, como el control prenatal, la satisfacción de la usuaria puede contribuir a su resultado. La percepción de la calidad, estimada mediante la satisfacción de las usuarias, aproxima a la medición de la calidad de la atención prenatal. **Objetivo:** Establecer el nivel de satisfacción con el control prenatal en una institución prestadora de servicios de salud en Montería (Colombia). **Metodología:** Estudio transversal con componente analítico, utilizando el programa Epidat 3.1. Se estimaron promedios, medianas y proporciones según fuesen las variables cuantitativas o cualitativas. Se exploró la asociación estadística la prueba t de Student para las variables continuas y la prueba χ^2 para las variables categóricas, y se estimaron los OR (IC 95%) asumiendo como caso la satisfacción con el control prenatal. **Resultados:** De las 178 mujeres entrevistadas 96% manifestaron sentirse satisfechas con el control prenatal. Recibieron información sobre: la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana 83,7%, exámenes de laboratorio 85,4%, signos de alarma 93,8%, nutrición 86,5%, lactancia 76,4%, planificación 64%, cuidados del recién nacido 71,9%. Los promedios de edad (22,7 versus 25,1 años) y de semanas de gestación (11,1 versus 14,9 semanas) son menores en las mujeres satisfechas con el control prenatal (valor $p < 0,001$). Otras variables asociadas con la satisfacción en el control prenatal: entrega completa de medicamentos formulados (OR 8,6 IC 95% 1,6-46,2), oportunidad en la entrega de resultados de los exámenes (OR 6 IC 95% 1,2-28,9), e información suministrada sobre los signos de alarma (OR 20,3 IC 95% 3,7-112) y nutrición (OR 5,3 IC 95% 1,16-25,6). **Conclusión:** Además de la influencia de las variables demográficas y obstétricas y de los atributos de la calidad de la atención, es importante denotar cómo la información y la educación para la salud se asocian con la satisfacción con el control prenatal.

Palabras clave: Satisfacción del paciente; atención prenatal; mujeres embarazadas; educación en salud; calidad de la atención en salud; educación prenatal; servicios de salud materno-infantil; encuesta de atención de la salud; estudios transversales.

Abstract

Introduction: In the care health processes that require follow-up, such as prenatal care, users satisfaction can contribute to its outcome. The perceived quality, estimated through users satisfaction, approximates the measurement of prenatal care quality. **Objective:** To establish the level of satisfaction among pregnant women with prenatal care

1. Universidad del Sinú. Montería, Colombia.

Correspondencia: Luis Enrique Mayorga Mogollón. Universidad del Sinú, Carrera 1W 38-153 Barrio Juan XXIII Montería. Teléfono: +57 3205494460. Correo electrónico: mayorgaluise@gmail.com

in a health institution in Montería (Colombia). **Methodology:** Cross-sectional study with descriptive and analytical, using the Epidat 3.1 program. Averages, medians and proportions were estimated according to the quantitative or qualitative variables. The statistical association was explored using the Student's t test for the continuous variables and the χ^2 test for the categorical variables, and OR was estimated (95%CI) assuming as a case the satisfaction with the prenatal control. **Results:** Of the 178 women interviewed, 96% reported feeling satisfied with antenatal consultation. They received information on: Human Immunodeficiency Virus test 83.7%, laboratory tests 85.4%, obstetric danger signs 93.8%, maternal nutrition 86.5%, breastfeeding 76.4%, family planning 64%, newborn care 71.9%. The average of age (22.7 versus 25.1 years) and gestational age (11.1 versus 14.9 weeks) are lower in women satisfied with antenatal consultation ($p < 0.001$). Other variables associated with satisfaction in antenatal care: complete medication delivery (OR 8.6 95%CI 1.6-46.2), timely laboratory results (OR 6 95%CI 1.2-28.9), and information provided on obstetric danger signs (OR 20.3 95%CI 3.7-112) and maternal nutrition (OR 5.3 95%CI 1.16-25.16). **Conclusion:** In addition to the influence of demographic and obstetric variables and attributes of quality care health, it is important to note how information and health education are also associated with women's satisfaction with antenatal care.

Keywords: Patient satisfaction; prenatal care; pregnant women; health education; quality of health care; prenatal education; maternal-child health services; health care surveys; cross-sectional studies.

Introducción

Montería, la capital del departamento de Córdoba, alberga al 25,8% de la población cordobesa¹. Algunos indicadores negativos de salud reproductiva de Córdoba en el año 2017 superaron los promedios nacionales, tales como la razón de mortalidad materna (69,4 versus 51,4 por 100.000 nacidos vivos en Colombia)², la razón de morbilidad materna extrema (36,5 versus 35,8 por mil nacidos vivos en Colombia)³ y la tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía (21,1 versus 14,7 por 1.000 nacidos vivos en Colombia)⁴.

Además del reconocido impacto que el control prenatal tiene sobre los indicadores de mortalidad y de morbilidad maternas y perinatal, la información y la educación prenatales incrementan la calidad de vida de la madre durante el primer año después del parto⁵. El control prenatal incluye actividades orientadas a la prevención, detección y tratamiento oportunos de las condiciones que pudiesen ser peligrosas para la madre o para el feto⁶. Este conjunto de actividades también se propone educar a la gestante para optimizar su salud y para la maternidad y la crianza⁷.

Aunque la satisfacción de los usuarios reviste cierta abstracción conceptual de difícil medición⁸ y se le reconoce variabilidad histórica y cultural, si refleja dos elementos importantes en un servicio de salud: se relaciona con la calidad de la atención⁹ y con la adherencia a los planes de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y terapéuticos. En los procesos de atención que requieren seguimiento e intervenciones concomitantes, como en el control

prenatal, la satisfacción de la usuaria reviste particular importancia por cuanto contribuye al resultado exitoso de su propósito¹⁰.

Algunos elementos del proceso de atención prenatal, como los largos tiempos de espera, se han relacionado con la no satisfacción de las usuarias¹¹. No obstante, también se describe la ausencia de relación entre la calidad de la atención y la percepción y satisfacción de las usuarias¹².

Un análisis de calidad de atención prenatal señala su asociación con infraestructura, equipo y talento humano¹³. Sin embargo, se ha descrito que la medición de la calidad requiere evaluar procesos y resultados, puesto que la disponibilidad de insumos e infraestructura no se reflejan necesariamente en la calidad de la atención en salud¹⁴.

En consecuencia, la percepción de la calidad, estimada mediante la satisfacción de las usuarias de un servicio de control prenatal, es una arista de la aproximación a la medición de la calidad de la atención prenatal. Por tanto, este estudio se realizó con la finalidad de establecer el nivel de satisfacción de las gestantes con el control prenatal en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la red pública de Montería.

Metodología

En septiembre, octubre y noviembre de 2017 se realizó, de manera anónima y mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia, una encuesta de satisfacción a las mujeres gestantes usuarias del

programa de control prenatal en una IPS del primer nivel de atención de la red pública de Montería (Colombia). La encuesta, estructurada, se aplicó en la sala de espera del servicio de consulta externa. La encuesta fue diligenciada por estudiantes de octavo semestre de medicina. Se excluyeron las mujeres gestantes que realizaban su control prenatal en otra IPS.

La encuesta se dividió en cuatro dimensiones: a) información demográfica y obstétrica, constituida por las variables edad, régimen de afiliación al sistema de salud, tipo de consulta (primera vez o control), semanas de gestación al iniciar el control prenatal, b) aspectos de oportunidad en el proceso de atención, conformada por las variables entrega completa de medicamentos formulados en la consulta de control prenatal, tiempo para la autorización de exámenes paraclínicos del segundo nivel, resultados de los exámenes disponibles para la siguiente cita, c) características de la información suministrada a la usuaria, integrada por las variables de información sobre exámenes de laboratorio, la prueba VIH, signos de alarma, lactancia, anticoncepción, nutrición, cuidados del recién nacido, cáncer de cuello uterino, autoexamen de seno e importancia que la pareja le acompañase a la consulta de control prenatal y d) satisfacción de la gestante con el control prenatal, mediante una pregunta sobre si estaba o no satisfecha. Se les indagó sobre las variables en relación con su última consulta de control prenatal.

Con base en una proporción esperada de satisfacción con el control prenatal de 80%, análoga a la encontrada en otra ciudad de la región caribe¹⁰, y a partir de la expresión $n=(Z^2pq/e^2)$, con Z 1,96, p 0,8, q 0,2, error 0,06, se estimó en 170 participantes el tamaño de la muestra.

Análisis estadístico: Para realizar este estudio transversal con componente analítico se elaboró la base de datos en la hoja de cálculo Excel y se analizó el comportamiento de las variables en distintos estratos utilizando el programa Epidat 3.1. Se estimaron promedios, medianas y proporciones según fuesen las variables cuantitativas o cualitativas. Se exploró la asociación estadística mediante la prueba t de Student para las variables continuas y la prueba de χ^2 para las variables categóricas, y se estimaron los OR (IC 95%) asumiendo como caso la satisfacción con el control prenatal y como exposición las siguientes circunstancias o intervenciones: consulta de control, entrega completa de los medicamentos, oportunidad en los resultados de los exámenes de laboratorio, tiempo para la autorización (en la Entidades

Promotoras de Salud - EPS) de los exámenes de segundo nivel, y el suministro de información sobre la importancia que la pareja le acompañase en las consultas de control prenatal, sobre la prueba VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), los exámenes de laboratorio, los signos de alarma, la nutrición de la gestante, lactancia, planificación, cuidados del recién nacido, cáncer de cérvix (citología cervicouterina) y cáncer de mama (autoexamen de seno).

Resultados

Se entrevistaron 178 mujeres gestantes. De ellas, 171 (96%) manifestaron sentirse satisfechas con la atención recibida en el control prenatal. La edad promedio fue 22,8 años (rango 14 a 36 años, desviación estándar 4,4), mediana 23 años (**Tabla 1**). El promedio de semanas de gestación al iniciar el control prenatal fue 11,4 semanas (rango 4 – 31; desviación estándar 6,2; mediana 9 semanas).

El promedio de edad de las mujeres satisfechas con el control prenatal es menor (22,7 versus 25,1 años) que en las gestantes no satisfechas ($p<0,001$). Menos de la quinta parte de las usuarias estaba iniciando su control prenatal (**Tabla 1**). No se halló diferencia en el nivel de satisfacción entre quienes consultaban por primera vez o estaban en una consulta de control (OR 0,74 IC95% 0,08-6,41). El promedio de semanas de gestación al iniciar el control prenatal de quienes se manifestaron satisfechas es menor (11,1 versus 14,9 semanas de gestación) que el de los siete casos de no satisfacción ($p<0,001$).

En más de la mitad de los casos (54%) la autorización de la EPS para exámenes de segundo nivel se efectuó en tres días o menos (**Tabla 2**), pero el nivel de satisfacción es independiente del tiempo de tres o menos días para autorización de los exámenes de segundo nivel. Sin embargo, la entrega oportuna de los resultados de los exámenes paraclínicos para que estuviesen disponibles la siguiente cita y la completitud de la entrega de los medicamentos formulados durante la consulta de control prenatal sí se asocian con el nivel de satisfacción.

En la **Tabla 3** se observa la distribución porcentual de la información suministrada sobre la prueba VIH, exámenes de laboratorio, signos de alarma en la gestante, nutrición de la gestante, importancia del autoexamen de seno, cómo prepararse para la lactancia, métodos para planificar y cuándo comenzar, cuidados del recién nacido o cómo prepararse para la crianza, importancia de la citología de cérvix, e importancia que la pareja le acompañase a las consultas del control prenatal.

Tabla 1. Características demográficas y obstétricas de las mujeres participantes en el estudio.

Variables	Satisfechas	No satisfechas	Total	Porcentaje
	Frecuencia (n)	Frecuencia (n)		
Grupo edad				
Menores de 19 años	26	0	26	14,6
19 a 34 años	142	7	149	83,7
35 y más años	3	0	3	1,7
Afiliación al sistema de salud				
Subsidiado	166	6	172	96,6
Contributivo	0	1	1	0,6
Sin dato	5	0	5	2,8
Tipo de consulta				
Control	134	6	140	78,7
Primera vez	30	1	31	17,4
Sin dato	7	0	7	3,9
Semanas de gestación en primera consulta de control prenatal				
Menos de 12	95	3	98	55
12 a 21	45	3	48	27
22 y más	13	1	14	7,9
Sin dato	18	0	18	10,1
Total	171	7	178	100

Tabla 2. Indicadores de oportunidad reportados por las participantes en el estudio.

Variables	Satisfechas	No satisfechas	Total	Porcentaje (%)	OR (IC 95%)
	Frecuencia (n)	Frecuencia (n)			
Entrega completa de medicamentos					
Sí	147	3	150	84,3	8,6 (1,6-46,2)
No	17	3	20	11,2	
No aplica	5	1	6	3,4	
Sin dato	2	0	2	1,1	
Tiempo de autorización (exámenes segundo nivel)					
Mismo día	44	1	45	25,3	1,6 (0,3-7,8)
1 a 3 días	49	2	51	28,7	
1 a 3 semanas	54	2	56	31,5	
4 semanas o más	19	2	21	11,8	
Sin dato	5	0	5	2,8	
Resultados de exámenes para la siguiente cita					
Sí	144	4	148	83,1	6 (1,2-28,9)
No	18	3	21	11,8	
No aplica	4	0	4	2,3	
Sin dato	5	0	5	2,8	
Total	171	7	178	100	

Tabla 3. Información suministrada.

		Satisfechas	No satisfechas	Total	Porcentaje (%)	OR (IC95%)
		Frecuencia (n)	Frecuencia (n)			
De la prueba VIH						
Sí	en palabras	120	3	123	69,1	4,3 (0,9-20,6)
	por escrito	25	1	26	14,6	
No		25	3	28	15,7	
Sin dato		1	0	1	0,6	
Exámenes de laboratorio						
Sí	en palabras	121	5	126	70,8	1,01 (0,1-8,7)
	por escrito	25	1	26	14,6	
No		24	1	25	14,0	
Sin dato		1	0	1	0,6	
Signos de alarma						
Sí	en palabras	145	4	149	83,7	20,3 (3,7-112)
	por escrito	18	0	18	10,1	
No		6	3	9	5,1	
Sin dato		2	0	2	1,1	
Nutrición						
Sí	en palabras	125	3	128	71,9	5,3 (1,1-25,6)
	por escrito	25	1	26	14,6	
No		21	3	24	13,5	
Autoexamen de seno						
Sí	en palabras	108	2	110	61,8	4,9 (0,9-26,1)
	por escrito	4	0	4	2,3	
No		57	5	62	34,8	
Sin dato		2	0	2	1,1	
Lactancia						
Sí	en palabras	119	5	124	69,7	1,3 (0,3-7,3)
	por escrito	12	0	12	6,7	
No		38	2	40	22,5	
Sin dato		2	0	2	1,1	
Planificación						
Sí	en palabras	100	4	104	58,4	1,4 (0,3-6,5)
	por escrito	10	0	10	5,6	
No		58	3	61	34,3	
Sin dato		3	0	3	1,7	
Cuidados recién nacido						
Sí	en palabras	118	3	121	68,0	3,8 (0,8-17,5)
	por escrito	7	0	7	3,9	
No		44	4	48	27,0	
Sin dato		2	0	2	1,1	
Cáncer de cérvix						
Sí	en palabras	99	2	101	56,7	3,8 (0,7-20,1)
	por escrito	3	0	3	1,7	
No		67	5	72	40,4	
Sin dato		2	0	2	1,1	
Acompañamiento de pareja						
Sí		95	2	97	54,5	3,2 (0,6-17,2)
No		73	5	78	43,8	
Sin dato		3	0	3	1,7	
Total		171	7	178	100	

De las 123 mujeres que recibieron asesoría pre test VIH de manera verbal, 95,1% refirieron que sí entendieron la información suministrada; en seis casos no se registró la respuesta. Asimismo, de las 26 mujeres que recibieron la información por escrito, 76,9% manifestaron que sí entendieron la información, 11,5% respondieron que no entendieron la información y en tres casos no se registró la respuesta.

De las 126 gestantes que recibieron información verbal sobre exámenes de laboratorio, 92% respondieron que sí entendieron la información suministrada, solo un caso expresó que no entendió la información, y en 11 casos no se registró la respuesta. De las 26 mujeres que recibieron información escrita sobre los exámenes de laboratorio, 96,2% sí entendieron la información, en un caso no se registró la respuesta, ninguna mujer relató no haber entendido la información escrita.

De las 149 gestantes que recibieron información verbal sobre signos de alarma, 91,3% relataron que sí comprendieron la información suministrada, en 12 casos no se registró la respuesta. De las 18 mujeres que recibieron la información escrita sobre signos de alarma 94,4% dijeron que sí la comprendieron, en un caso no se registró la respuesta.

De las 128 mujeres que recibieron información verbal sobre nutrición de la gestante 94,5% respondieron que sí entendieron la información dada, en siete casos no se registraron las respuestas. De las 26 gestantes que recibieron información por escrito 80,8% respondieron que sí entendieron la información sobre lo que es recomendable comer, una gestante manifestó que no entendió la información dada, y en cuatro casos no se registró la respuesta.

De las 124 gestantes que recibieron información verbal acerca de cómo prepararse para la lactancia 88,7% dijeron que sí entendieron la información suministrada. De las 12 mujeres que recibieron información escrita sobre la lactancia 75% expresaron que sí entendieron la información.

De las 104 mujeres que recibieron información verbal sobre métodos para planificar y cuándo comenzar 85,6% relataron que sí entendieron la información suministrada. De las diez mujeres que recibieron información escrita nueve dijeron que sí entendieron la información.

De las 121 mujeres que recibieron información verbal sobre cómo prepararse para la crianza 84,3% expresaron que sí entendieron la información suministrada, tres

manifestaron no haber entendido la información, y en 13,9% de los casos no se registró la respuesta. De las siete mujeres que recibieron información escrita sobre cuidados del recién nacido, cinco comprendieron la información, una manifestó que no entendió y en un caso no se registró la respuesta.

De las 101 gestantes que recibieron información sobre la importancia de la citología de cérvix, 74,6% sí comprendieron la información suministrada, 9,9% no entendieron la información recibida y en 15,8% de los casos no se registró la respuesta. De las tres mujeres que recibieron información por escrito sobre la importancia de la citología cervicouterina, dos manifestaron que sí la comprendieron y una dijo que no la entendió.

De las 110 mujeres que recibieron información sobre la importancia del autoexamen del seno 89,1% sí entendieron la información, en 9,1% de casos no se registró la respuesta. De las cuatro mujeres que recibieron información escrita sobre la importancia del autoexamen de seno, dos manifestaron que sí la entendieron, una respondió que no la entendió y en un caso no se registró la respuesta.

En síntesis, la satisfacción en el control prenatal se asocia con: edad, inicio temprano del control prenatal, la entrega completa de los medicamentos formulados, la oportunidad en la entrega de los resultados de los exámenes, y la información suministrada sobre los signos de alarma, y nutrición de la gestante.

Discusión

Si bien la valoración de la satisfacción de usuarios de servicios de salud contiene dificultades de comparabilidad¹⁵, debido a la dependencia de las expectativas de los usuarios, que si fuesen bajas pueden resultar satisfechos al recibir servicios relativamente deficientes¹⁶, a la variabilidad en los instrumentos y en los indicadores, y a que es un concepto que se enmarca en una noción multidimensional, el alto nivel de satisfacción con el control prenatal (96%) en la IPS de primer nivel de la red pública de Montería es superior al hallado en estudios de otras ciudades del Caribe colombiano, como el realizado en instituciones de salud de primer nivel en Cartagena (84%)¹⁰ o el de Sincelejo en el que los satisfactores de los prestadores del servicio de control prenatal, identificados por las gestantes, oscilan alrededor de 90%¹⁷.

El promedio de edad es similar al estimado en los mencionados estudios de Cartagena¹⁰ y Sincelejo¹⁷ y al realizado en Cali y Manizales¹⁸. No obstante, en

este estudio sí es más alta la proporción de afiliación al régimen subsidiado (96,6%) que las de los citados: alrededor de 80% en el de Sincelejo¹⁷ y de 70% en el de Cali y Manizales¹⁸.

La asociación con la menor edad se contraponen con los hallazgos de estudios de Italia¹⁹, que refiere mayor nivel de satisfacción con la atención prenatal a mayor edad de la gestante, y de Nigeria²⁰ que describe la ausencia de asociación de la edad materna con la satisfacción en el control prenatal.

De otra parte, la relación establecida con el inicio temprano del control prenatal podría ir en el mismo sentido de lo hallado en países africanos, donde la atención prenatal de menor calidad se encontró en las mujeres que ingresan con más de 24 semanas de gestación¹³.

De manera similar a lo descrito en Costa Rica²¹ y en México²², las variables oportunidad en resultados de exámenes y entrega completa de los medicamentos formulados se asocian con la satisfacción. También un estudio transversal en Kenia relaciona la mayor satisfacción de los usuarios de los servicios de salud con el trato personal de salud-usuario y menores tiempos de espera²³.

La asociación establecida entre la satisfacción con la atención prenatal y la información suministrada sobre signos de alarma y sobre nutrición de la gestante se constata con lo hallado en un ensayo clínico⁵ en el cual se muestra que se obtiene mayor nivel de felicidad y calidad de vida en las mujeres que reciben educación prenatal, la cual incluyó información sobre cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos durante el embarazo, nutrición durante el embarazo, cuidados del recién nacido y de la madre en el postparto, lactancia y planificación.

Aunque la satisfacción de las mujeres con la atención prenatal resulte del equilibrio entre sus expectativas y la atención que reciben en los servicios de salud, se corrobora que además de la influencia de las variables demográficas y obstétricas y de los atributos de la calidad de la atención como la oportunidad, también el suministro de información y la educación para la salud se asocian con la satisfacción de las gestantes con el control prenatal.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, es una investigación sin riesgo puesto que es un estudio en el que no se realizó ninguna intervención o

modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran: entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta²⁴.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses en el presente manuscrito.

Referencias


1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020.
2. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad materna Colombia; 2017.
3. Instituto Nacional de Salud. Morbilidad materna extrema Colombia; 2017.
4. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad perinatal y neonatal tardía; 2017.
5. Bahrami N, Simbar M, Bahrami S. The effect of prenatal education on mother's quality of life during first year postpartum among Iranian women: a randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril*. 2013; 7(3): 169-174.
6. Ministerio de salud y protección social. Colciencias. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Bogotá: Ministerio de salud y protección social-Colciencias, 2013.
7. Cáceres-Manrique FM. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2009; 60(2): 165-170.
8. Jiménez Pérez JM, García Villanueva S. Evaluación de la satisfacción del usuario del sistema nacional de salud en el último quinquenio. *Rev Enferm. CyL* 2015; 7(2): 21-34.
9. Reynaldos-Grandón K, González-Pinilla G, Guerra-Díaz X, Gutiérrez-Fuenzalida F, Santibáñez-Muñoz L. Factores mal evaluados en encuestas de satisfacción aplicadas a usuarios de atención primaria en Latinoamérica. *Rev Enferm Act Costa Rica*. 2017; 33. doi: 10.15517/REVENF.V0I33.29156.
10. Castillo I, Villarreal M, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. *Cartagena. Hacia Promoc Salud*. 2014; 19(1): 128-140.

11. Do M, Wang W, Hembly J, Ametepi P. Quality of antenatal care and client satisfaction in Kenya and Namibia. *Int J Qual Health Care*. 2017; 29(2): 183-193. doi: 10.1093/intqhc/mzx001.
12. Diamond-Smith N, Sudhinaraset M, Montagu D. Clinical and perceived quality of care for maternal, neonatal and antenatal care in Kenya and Namibia: the service provision assessment. *Reprod Health*. 2016; 13(1): 92. doi: 10.1186/s12978-016-0208-y.
13. Kruk ME, Chukwuma A, Mbaruku G, Leslie HH. Variation in quality of primary-care services in Kenya, Malawi, Namibia, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(6): 408-418.
14. Leslie HH, Sun Z, Kruk ME. Association between infrastructure and observed quality of care in 4 healthcare services: A cross-sectional study of 4,300 facilities in 8 countries. *PLoS Med*. 2017; 14(12). doi: 10.1371/journal.pmed.1002464.
15. Tiga-Loza D, Villar-Centeno L, Güiza-Sanabria D, Martínez-Vega R. Validez y confiabilidad de un instrumento de satisfacción del usuario con síndrome febril agudo. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(5): 820-832.
16. Zamora S. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Horiz. Med*. 2016; 16 (1): 38-47.
17. Miranda-Mellado C. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*. 2016; 32 (3): 436-451.
18. Rivera P, Carvajal R, Mateus J, Arango F, Valencia J. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociadas al acceso al control prenatal. *Hacia Promoc Salud*. 2014; 19(1): 84-98.
19. Tocchioni V, Seghieri C, De Santis G, Nuti S. Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. *Int J Qual Health Care*. 2018; 30(8): 594-601. doi: 10.1093/intqhc/mzy078.
20. Oladapo OT, Osiberu MO. Do sociodemographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care quality? *Matern Child Health J*. 2009; 13: 505-511. doi: 10.1007/s10995-008-0389-2.
21. Moraga H, González R. Satisfacción del usuario que requiere exámenes de laboratorio urgentes, Costa Rica. *Rev Costarric Salud Pública*. 2011; 20(1): 44-48.
22. Vera J, Trujillo A. El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México. *Contad Admin*. 2018; 63(2): 1-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cya.2016.07.003>.
23. Wambua JM, Mbayaki R, Munyao PM, Kabue MM, Mulindi R, Change PM, et al. Client satisfaction determinants in four Kenyan slums. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015; 28(7): 667-677. doi: 10.1108/IJHCQA-12-2014-0110.
24. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Estilos de crianza, autoeficacia parental y problemas conductuales infantiles en tres municipios de Santander

Parental style, parental self-efficacy and children behavioral problems in three municipalities of Santander

Laura A Rodríguez-Villamizar¹; Claudia Amaya-Castellanos¹

Forma de citar: Rodríguez-Villamizar LA, Amaya-Castellanos C. Estilos de crianza, autoeficacia parental y problemas conductuales infantiles en tres municipios de Santander. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(3): 228-238. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019006> 

Resumen

Introducción: La familia, a partir de la crianza, juega un papel fundamental en el desarrollo de habilidades sociales y de autocuidado de las personas. **Objetivo:** Describir los estilos de crianza, la autoeficacia parental y la percepción de problemas de la conducta infantil por parte de padres y cuidadores de niños, además, explorar diferencias por sexo y zona de residencia en tres municipios de Santander. **Materiales y método:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. Se incluyeron padres y cuidadores adultos de niños menores de 12 años residentes en los municipios de Girón, Lebrija y Matanza. Se aplicaron el cuestionario de capacidades y dificultades, la escala de estilo parental y la lista de verificación de las tareas parentales. Se realizaron comparaciones por sexo, municipio y zona (urbana/rural). **Resultados:** Participaron 1.425 adultos cuidadores de niños menores de 12 años. La mayoría de los participantes fueron mujeres (80%) y su rol era madre (70%). Se identificó una prevalencia alta de estilos de crianza disfuncionales caracterizados por la sobrereactividad (36%), la laxitud (23%) y la hostilidad (22%). En la zona rural se encontró una mayor proporción de falta de autoeficacia contextual ($p < 0,001$). **Conclusiones:** Se evidencia la presencia de estilos de crianza disfuncionales y alteraciones comportamentales de los niños que sugieren la necesidad de intervenciones poblacionales intersectoriales a padres y cuidadores. Se propone posicionar la crianza como un proceso de interés en salud pública.

Palabras clave: Crianza del niño; conducta infantil; autoeficacia; responsabilidad parental; Colombia; estilo parental; problemas conductuales; crianza disfuncional; confianza parental; cuidado infantil.

Abstract

Introduction: The family, through child rearing, has a key role in the development of children's social skills and self-care. **Objective:** To describe parental styles, parental self-efficacy and perception of children behavior's problems among parents and caregivers, and explore differences by sex and place of residence in three municipalities of Santander. **Material and Method:** Quantitative, observational, descriptive cross-sectional study. Participants were

1. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Santander.

Correspondencia: Laura A. Rodríguez. Dirección: Carrera 32 No. 29-31 Oficina 310, Teléfono: 57-7-6344000 ext. 3327. Correo electrónico: laurovi@uis.edu.co

parents and caregivers of children under 12 years old, living in the municipalities of Girón, Lebrija, and Matanza. The *Strengths and Difficulties Questionnaire*, the *Parenting Scale* and the *Parenting Tasks Checklist* were used. Comparisons were made by sex, municipality, and zone (urban/rural). **Results:** Participants were 1425 parents and caregivers of children under 12 years old. Most participants were female (80%) and mothers (70%). High prevalence of dysfunctional parental styles was identified with predominance of over reactivity (36%), laxness (23%) and hostility (22%). Higher percentage of difficulties with parent's contextual self-efficacy was identified in the rural area ($p < 0,001$). **Conclusions:** This study found dysfunctional parental styles and perception of children's behavioral problems that suggest the need for population-based interventions focused on parental skills for parents and caregivers. Child rearing is proposed as a process of interest in public health.

Keywords: Child rearing; child behavior; self-efficacy; parenting; Colombia ; parental style; behavioral problems; dysfunctional parenting; parental trust; childcare.

Introducción

La promoción de la salud en uno de sus ejes estratégicos, formula la importancia de desarrollar habilidades personales orientadas al cuidado y a la generación de acciones que promuevan la propia salud y la de los demás¹. Estas acciones son el resultado de la socialización de la persona, basada en las interacciones que establece con quienes lo rodean, con el ambiente y consigo mismo. Es allí donde la familia, a partir de la crianza, juega un papel fundamental^{2,3}. Es el entorno familiar, el espacio primordial donde se estimula y guía el desarrollo de destrezas sociales y personales de autocuidado en todas sus dimensiones⁴. La crianza busca, no solo transmitir valores culturales, sino contribuir a la preparación para la vida adulta⁵.

Se ha evidenciado, que la inversión en programas de apoyo a la crianza, tienen beneficios psicológicos tanto para los niños, como para los padres o cuidadores^{6,7}. Una buena crianza busca evitar conductas inadecuadas que lleven al individuo en la niñez y la vida adulta, a situaciones de riesgo como la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas o la delincuencia, al igual que evitar estrés, ansiedad y depresión los cuales tienen un efecto directo sobre la salud⁸⁻¹⁰. Estudios señalan, que la forma de criar se vincula de manera directa con la confianza de los padres o cuidadores para ejercer la crianza; quienes se muestran más inseguros, tienden a ejercer estilos más extremos: autoritarios o permisivos^{11,12}. Así mismo, se ha identificado que una percepción de comportamiento inadecuado en los hijos puede generar frustración, molestia, tristeza, depresión y ansiedad en los padres, lo que se vincula con altos niveles de estrés y una baja sensación de autoeficacia frente al rol parental^{13,14}. Esta situación, de una parte, muestra el efecto en la salud mental de los padres, al carecer de habilidades para manejar, particularmente, comportamientos difíciles de sus hijos. Así mismo

impacta en los niños, quienes frente a un manejo poco asertivo, pueden desarrollar conductas agresivas, depresión o ansiedad, que repercuten igualmente en su salud mental¹⁵⁻¹⁷. Consecuentemente, modificar patrones de crianza disfuncionales generará ambientes más positivos entre cuidadores y niños, que favorezcan la autoestima y la sensación de bienestar en ambos.

Cabe señalar que para el caso de Colombia, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se basa en un modelo de atención primaria, con enfoque familiar y comunitario¹⁸. Este nuevo enfoque es una ventana de oportunidad en salud pública, que permite la vinculación intersectorial en el abordaje de la crianza, como un elemento clave en salud.

En Colombia son limitados los estudios de tipo cuantitativo que aborden la crianza con enfoque poblacional¹⁹. Gran parte de las investigaciones nacionales centradas en crianza han tenido un enfoque conceptual y cualitativo²⁰, lo cual limita las posibilidades de ofrecer información que permita planear y evaluar intervenciones a gran escala.

El presente artículo describe los estilos de crianza, la autoeficacia parental y la percepción de problemas de la conducta infantil por parte de padres y cuidadores de niños menores de 12 años y se exploran diferencias por sexo y zona de residencia en tres municipios de Santander. Este trabajo se desarrolla dentro del proceso de evaluación de la implementación de la estrategia de crianza "Santander Positivo" liderada por la Gobernación de Santander, con apoyo de la academia. Esta estrategia incluye un componente de acompañamiento a cuidadores de niños, adaptado del Programa de Parentalidad Positiva "Triple P" en su versión para cuidadores de menores de 12 años, reconocido internacionalmente como un programa de crianza basado en evidencia²¹.

Materiales y métodos

Diseño, población y muestreo

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fueron los padres y cuidadores de niños menores de 12 años de los municipios de Girón, Lebrija y Matanza en el departamento de Santander, Colombia. Santander, localizado al noreste del país, contiene 87 municipios que alcanzan dos millones de habitantes con 24,2% de ruralidad²².

La selección de los tres municipios la hizo la Gobernación de Santander con la finalidad de representar la heterogeneidad del departamento, en términos de cantidad de población y predominio de ruralidad. El municipio de Girón representa los municipios con población mayor a 50.000 habitantes y menor ruralidad (10%); el municipio de Lebrija representa los municipios con población entre 10.000 y 50.000 habitantes y ruralidad intermedia (51%); y el municipio de Matanza representa los municipios con población menor a 10.000 habitantes y mayor ruralidad (79%).

De manera autónoma las autoridades locales de los tres municipios seleccionaron a las instituciones educativas de nivel básica primaria y a los hogares infantiles de educación pre-escolar, como los lugares para realizar intervención en crianza con la estrategia “Santander Positivo”. Para éste estudio se seleccionaron de manera no probabilística las instituciones educativas, casi en su totalidad de naturaleza pública, que representan la mayor cantidad de población escolar en el municipio. En Matanza se seleccionaron dos instituciones educativas de dos corregimientos rurales. En Lebrija se seleccionaron tres en el área urbana, cuatro en el área rural y dos centros infantiles en el área urbana. En Girón se seleccionaron cuatro instituciones educativas y tres centros infantiles en el área urbana y un centro infantil en zona rural; además, se seleccionaron dos áreas de estrato socioeconómico bajo que agrupan seis barrios en la zona urbana.

La invitación a participar en el estudio se hizo de manera abierta a los adultos cuidadores de menores de 12 años mediante reuniones y circulares institucionales. El diligenciamiento de los instrumentos de evaluación se hizo bajo la orientación de profesionales entrenados en su aplicación. En todos los casos, la decisión de participar por parte de los adultos fue voluntaria y se registró mediante consentimiento informado escrito.

Instrumentos de evaluación

Para caracterizar los estilos de crianza, la autoeficacia del rol parental y los problemas de la conducta infantil se aplicaron tres escalas, respectivamente: La Escala de estilo parental, PS (*Parenting Scale*), la Lista de verificación de las tareas parentales, PTC (*Parenting Tasks Checklist*) y el cuestionario de capacidades y dificultades, SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*).

La PS es un cuestionario de 30 ítems que mide estilos parentales disfuncionales de disciplina²³. Proporciona un puntaje total y un puntaje para cada uno de los tres factores que representan estilos de crianza disfuncionales²⁴: la laxitud, definida como una disciplina permisiva e inconsistente; la sobrereactividad, definida como disciplina autoritaria, emocional y ruda; y la hostilidad, definida como el uso de la fuerza o violencia verbal o física. Los puntos de corte para identificar estilos parentales predominantes en esta escala son diferenciales por sexo: laxitud ≥ 3.6 en mujeres y ≥ 3.4 en hombres; sobrereactividad ≥ 4.0 en mujeres y ≥ 3.9 en hombres, y hostilidad ≥ 2.4 en mujeres y ≥ 3.5 en hombres. La escala tiene una buena confiabilidad test-retest y adecuada consistencia interna, con coeficiente alfa de Cronbach corregido para la longitud de la escala, para padres respectivamente, de 0.85 y 0.82 en hostilidad, 0.8 y 0.8 en sobrereactividad y 0.78 y 0.83 en laxitud²⁴.

La PTC es una escala de 28 ítems que mide la confianza parental²⁵. La confianza se califica en una escala que va de 0 a 100 y mide dos dimensiones: la autoeficacia conductual, es decir, la confianza para tratar con conductas específicas del niño y la autoeficacia en contextos, que se refiere a la confianza para tratar con conductas difíciles en diferentes contextos. Los puntos de corte para identificar dificultades en autoeficacia conductual es ≤ 68.4 y en autoeficacia en contextos es ≤ 79.3 . Las propiedades psicométricas de la versión en español muestran adecuada consistencia interna, validez test-retest y validez convergente y discriminante²⁶.

El cuestionario SDQ mide las percepciones de los padres sobre comportamientos prosociales y difíciles en niños de tres a 16 años²⁷. El SDQ tiene una versión estándar y una extendida; la versión estándar incluye 25 ítems que se califican en una escala de tres puntos y mide las dimensiones de síntomas emocionales, problemas de conducta, falta de atención/hiperactividad, problemas con compañeros y conductas prosociales y permite generar un puntaje de dificultades totales. La versión

extendida que se aplicó en este estudio, evalúa además el impacto de los problemas de conducta sobre el niño y la familia. Los puntos de corte validados para identificar puntajes alterados: Síntomas emocionales ≥ 5 , Problemas de conducta ≥ 4 , Hiperactividad ≥ 7 , Problemas con compañeros ≥ 4 , Conductas prosociales ≤ 4 , Dificultades totales ≥ 17 e Impacto total ≥ 2 . La versión extendida en español ha mostrado buen desempeño²⁸. Estudios previos muestran que los puntajes del SDQ discriminan bien entre muestras de alto y bajo riesgo²⁹. El puntaje total de dificultades tiene una confiabilidad interna ($\alpha = 0.76$) y confiabilidad test retest ($r = 0.85$) adecuada³⁰.

Procesamiento de datos y análisis estadístico

Se verificó la completitud del diligenciamiento de los cuestionarios. La digitación se realizó en la plataforma ASRA® del sistema Triple P³¹, una plataforma web automatizada que disminuye el riesgo de error en el cálculo de puntajes. Para cada familia, la plataforma ASRA asigna un código único que se usó para anonimizar las respuestas de los participantes. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para describir los participantes y resumir resultados de las escalas. Se utilizaron los puntos de corte validados

por las escalas originales para determinar puntajes alterados en los dominios y puntajes totales. Se usó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de las variables. Se usaron las pruebas de hipótesis t de student y ANOVA para hacer comparaciones de puntajes de escalas o sub-escalas por sexo, zona y por municipio respectivamente. La prueba de Chi2 se usó para comparaciones de las mismas variables usando las categorizaciones de las escalas según puntos de corte. Se utilizaron los programas Stata®, versión 13 (Stata Corporation, College Station, USA) y Microsoft Excel.

Resultados

Características de los participantes

Participaron 1.425 adultos cuidadores de menores de 12 años de los municipios de Girón (n=819), Lebrija (n=509) y Matanza (n=97). La mayoría de los participantes fueron mujeres (80%) y madres (70%). Los menores, de quienes los padres dieron información sobre su conducta infantil, estuvieron casi igualmente distribuidos por sexo y estaban principalmente entre los 8 y 12 años (46%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la población de estudio.

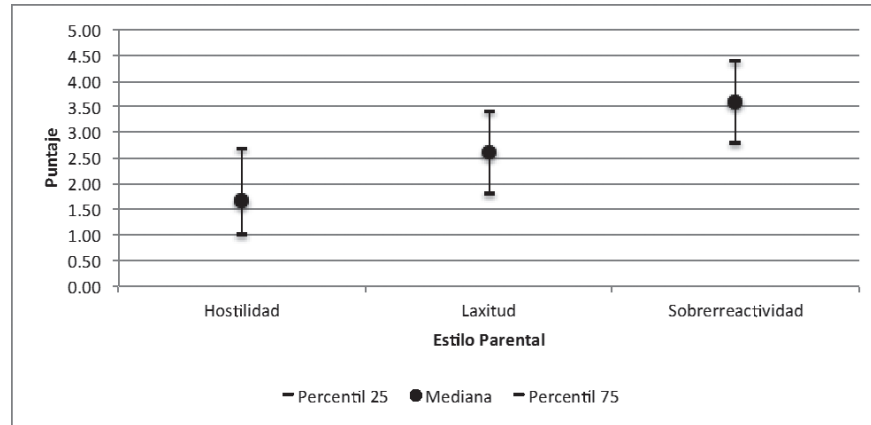
Característica / Sexo	Giron (n=819)		Lebrija (n=509)		Matanza (n=97)		Total (n=1425)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Rol del adulto								
Madre	586	71,64	354	69,95	56	57,73	996	69,94
Padre	104	12,71	120	23,58	37	38,14	261	18,33
Abuelo/Abuela	21	2,57	0	0,00	0	0,00	21	1,47
Cuidador/a	100	12,22	35	6,88	3	3,09	138	9,69
Otro familiar	7	0,86	0	0,00	1	1,03	8	0,56
Sexo del adulto								
Femenino	703	85,84	380	74,66	57	58,76	1140	80,00
Masculino	116	14,16	129	25,34	40	41,24	285	20,00
Edad del niño/a								
Menor de 2 años	127	15,51	1	0,20	0	0,00	128	8,98
Entre 2 y 4 años	186	22,71	34	6,68	0	0,00	220	15,44
Entre 5 y 7 años	182	22,22	188	36,94	26	26,80	396	27,79
Entre 8 y 12 años	318	38,83	278	54,62	61	62,89	657	46,11
Sin dato	6	0,73	8	1,57	10	10,31	24	1,68
Sexo del niño/a								
Femenino	414	50,55	241	47,35	54	55,67	709	49,75
Masculino	405	49,45	268	52,65	43	44,33	716	50,25

Estilo parental

Se identificaron estilos de crianza disfuncionales caracterizados por la sobrereactividad (36%), la laxitud (23%) y la hostilidad (22%) en los municipios participantes. Las medianas de los puntajes de cada estilo parental se presentan en la **Figura 1**. La mediana del puntaje de hostilidad fue de 2,13 para mujeres y

1,87 para hombres ($p=0,007$) y de 2.11 en zona urbana y 1.95 en zona rural ($p=0,139$). La mediana del puntaje de hostilidad para el municipio de Girón fue de 2, para Lebrija fue de 1,67 y para Matanza de 1,33 ($p<0,001$). El 8% de los hombres y el 25% de las mujeres tienen un estilo de crianza hostil (**Tabla 2**). Se encontró una mayor proporción de crianza hostil en Girón ($p=0,001$) (**Tabla 3**) y en la zona urbana ($p<0,001$) (**Tabla 4**).

a) Puntajes Escala de Estilo Parental.



b) Puntajes de Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ)

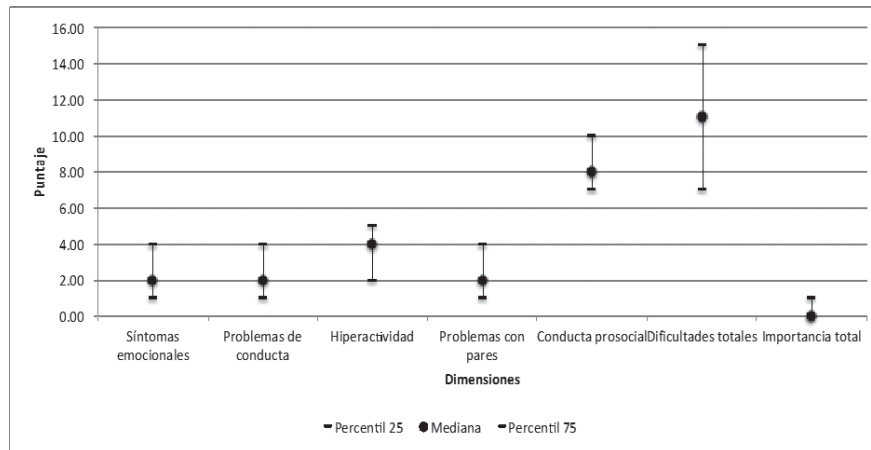


Figura 1. Medianas y rangos intercuartil de los puntajes de las dimensiones de la Escala de Estilo Parental y del Cuestionario de Fortalezas y Debilidades.

La mediana del puntaje de laxitud fue de 2,73 para mujeres y 2,67 para hombres ($p=0,421$) y de 2,7 en zona urbana y 2,8 en zona rural ($p=0,235$). La mediana del puntaje de laxitud para el municipio de Girón fue de 2,8, para Lebrija fue de 2,4 y para Matanza de 2,8 ($p<0,101$). El 24% de los hombres y el 23% de las mujeres tienen un estilo de crianza laxo (**Tabla 2**), principalmente en Matanza ($p<0,001$) (**Tabla 3**) y en la zona rural ($p<0,001$) (**Tabla 4**).

La mediana del puntaje de sobrereactividad fue de 3,91 para mujeres y 3,54 para hombres ($p=0,140$) y de 3,7 en zona urbana y 4,3 en zona rural ($p=0,025$). La mediana del puntaje de sobrereactividad para el municipio de Girón fue de 3,6, para Lebrija fue de 3,4 y para Matanza de 3,8 ($p=0,037$). El 31% de los hombres y el 37% de las mujeres tienen un estilo de crianza sobrereactivo (**Tabla 2**), principalmente en Matanza ($p=0,001$) (**Tabla 3**) y mayor en zona urbana ($p<0,001$) (**Tabla 4**).

Tabla 2. Porcentajes de puntajes normales y alterados en escalas aplicadas a padres, madres y cuidadores de menores de 12 años por sexo en tres municipios de Santander, 2018

Dimensiones	Niñas (n=709)			Niños (n=716)			Total (n=1425)			Valor p*
	Normal	Alterado	Sin dato	Normal	Alterado	Sin dato	Normal	Alterado	Sin dato	
Cuestionario de Fortalezas y Dificultades del niño o niña (DSQ)										
Síntomas emocionales	79,83	17,77	2,40	81,56	16,20	2,23	80,70	16,98	2,32	0,708
Problemas de conducta	75,74	22,28	1,97	70,39	27,09	2,51	73,05	24,70	2,25	0,075
Hiperactividad	86,60	11,00	2,40	80,87	17,34	1,82	83,72	14,18	2,11	0,002
Problemas con pares	72,21	8,74	19,04	70,53	13,83	15,64	71,37	11,30	17,33	0,005
Conducta prosocial	95,35	3,39	1,27	93,16	4,47	2,37	94,25	3,93	1,82	0,163
Dificultades totales	80,68	15,66	3,67	76,68	19,41	3,91	78,67	17,54	3,79	0,161
Importancia total	39,92	5,64	54,44	43,16	10,20	46,65	41,54	7,93	50,53	0,001
Dimensiones	Mujeres (n=1140)			Hombres (n=285)			Total (n=1425)			Valor p*
	Normal	Alterado	Sin dato	Normal	Alterado	Sin dato	Normal	Alterado	Sin dato	
Cuestionario de Estilo Parental										
Hostilidad	63,95	25,44	10,61	74,74	8,07	17,19	66,11	21,96	11,93	0,000
Laxitud	70,35	22,72	6,93	62,46	24,56	12,98	68,77	23,09	8,14	0,002
Sobrerreactividad	56,14	37,37	6,49	56,14	30,88	12,98	56,14	36,07	7,79	0,001
Cuestionario de autoeficacia parental										
Autoeficacia contextos	45,79	46,32	7,89	31,93	53,33	14,74	43,02	47,72	9,26	0,000
Autoeficacia conductual	40,35	51,14	8,51	33,33	52,28	14,39	38,95	51,37	9,68	0,004

*probabilidad prueba de hipótesis Chi cuadrado.

Tabla 3. Porcentajes de puntajes normales y alterados en escalas aplicadas a padres, madres y cuidadores de menores de 12 años por municipio, Santander, 2018.

Dimensiones	Giron (n=819)			Lebrija (n=509)			Matanza (n=97)			Valor p*
	Normal	Alterado	Sin dato	Normal	Alterado	Sin dato	Normal	Alterado	Sin dato	
Cuestionario de Fortalezas y Dificultades del niño o niña (DSQ)										
Síntomas emocionales	81,07	16,48	2,44	82,51	16,11	1,38	68,04	25,77	6,19	0,004
Problemas de conducta	71,55	25,89	2,56	76,82	22,20	0,98	65,98	27,84	6,19	0,005
Hiperactividad	82,54	15,51	1,95	86,84	11,59	1,57	77,32	16,49	6,19	0,009
Problemas con pares	68,13	12,94	18,93	77,21	9,04	13,75	68,04	9,28	22,68	0,005
Conducta prosocial	93,04	5,25	1,71	97,45	1,38	1,18	87,63	6,19	6,19	0,000
Dificultades totales	76,92	18,80	4,27	83,10	14,32	2,55	70,10	23,71	6,19	0,015
Importancia total	39,19	8,67	52,14	42,44	6,48	51,08	56,70	9,28	34,02	0,006
Cuestionario de Estilo Parental										
Hostilidad	64,71	25,52	9,77	67,78	17,29	14,93	69,07	16,49	14,43	0,001
Laxitud	69,47	24,54	5,98	69,16	19,06	11,79	60,82	31,96	7,22	0,000
Sobrerreactividad	55,56	38,71	5,74	58,55	30,65	10,81	48,45	42,27	9,28	0,001
Cuestionario de autoeficacia parental										
Autoeficacia en contextos	48,84	40,42	10,74	37,33	55,21	7,47	23,71	70,10	6,19	0,000
Autoeficacia conductual	43,59	45,79	10,62	35,17	56,19	8,64	19,59	73,20	7,22	0,000

*probabilidad prueba de hipótesis Chi cuadrado.

Tabla 4. Porcentajes de puntajes normales y alterados en escalas aplicadas a padres, madres y cuidadores de menores de 12 años por zona en tres municipios de Santander, 2018.

Dimensiones	Urbana (n=1168)			Rural (n=257)			Valor p*
	Normal	Alterado	Sin dato	Normal	Alterado	Sin dato	
Cuestionario de Fortalezas y Dificultades del niño o niña (DSQ)							
Síntomas emocionales	81,93	16,01	2,05	75,10	21,40	3,50	0,035
Problemas de conducta	73,20	24,74	2,05	72,37	24,51	3,11	0,584
Hiperactividad	84,08	14,13	1,80	82,10	14,40	3,50	0,222
Problemas con pares	71,23	11,64	17,12	71,98	9,73	18,29	0,649
Conducta prosocial	94,61	4,02	1,37	92,61	3,50	3,89	0,023
Dificultades totales	79,11	17,38	3,51	76,65	18,29	5,06	0,451
Importancia total	40,58	7,88	51,54	45,91	8,17	45,91	0,248
Cuestionario de Estilo Parental							
Hostilidad	67,47	23,12	9,42	59,92	16,73	23,35	0,000
Laxitud	71,23	22,52	6,25	57,59	25,68	16,73	0,000
Sobrerreactividad	57,71	36,56	5,74	49,03	33,85	17,12	0,000
Cuestionario de autoeficacia parental							
Autoeficacia en contextos	46,06	44,61	9,33	29,18	61,87	8,95	0,000
Autoeficacia conductual	41,52	48,80	9,67	27,24	63,04	9,73	0,000

*probabilidad prueba de hipótesis Chi cuadrado.

Autoeficacia parental

La mediana del puntaje de autoeficacia conductual fue de 61,4 para mujeres y 56,3 para hombres ($p=0,007$) y de 52,7 en zona urbana y 62,1 en zona rural ($p<0,001$). La mediana del puntaje de autoeficacia conductual para el municipio de Girón fue de 67,1, para Lebrija fue de 57,2 y para Matanza de 42,1 ($p<0,001$). El 52% de los hombres y el 51% de las mujeres tienen dificultades con autoeficacia conductual (**Tabla 2**). La mediana del puntaje de autoeficacia contextual fue de 77,8 para mujeres y 70,5 para hombres ($p<0,001$) y de 77,8 en zona urbana y 70,2 en zona rural ($p<0,001$). La mediana del puntaje de autoeficacia contextual para el municipio de Girón fue de 82,1, para Lebrija fue de 78,5 y para Matanza de 67,8 ($p<0,001$). El 53% de los hombres y el 46% de las mujeres tienen puntajes alterados (**Tabla 2**). En Matanza se encontró una mayor proporción de falta de autoeficacia conductual y contextual ($p<0,001$) (**Tabla 3**). En la zona urbana el 48% y en la zona rural el 63% de los cuidadores tiene dificultades con autoeficacia parental ($P<0,001$) (**Tabla 4**).

Percepción del comportamiento infantil

Las medianas de los puntajes de las escalas de cada dimensión se presentan en la **Figura 1**. Los adultos perciben que los niños tienen mayor proporción de

puntajes alterados en las dimensiones de hiperactividad ($p=0,002$), problemas con pares ($p=0,005$) y conducta prosocial ($p=0,004$); no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes por sexo en las dimensiones de síntomas emocionales ($p=0,708$) y problemas de conducta ($p=0,075$). La proporción de puntajes alterados en las dificultades totales fue mayor en los niños que en las niñas (19% vs. 15%) sin diferencias estadísticas ($p=0,161$) y tampoco fueron diferentes entre percepciones de adultos hombres y mujeres (10,8% vs. 11,4%; $p=0,113$). El 8% de los adultos puntuaron los problemas derivados de estas dificultades como importantes para sus hijos o para su familia (**Tabla 2**).

En el municipio de Matanza se presentan mayores proporciones de puntajes alterados en las dimensiones de síntomas emocionales ($p=0,004$), problemas de conducta ($p=0,005$), y alteraciones de conducta prosocial ($p<0,001$), y en el municipio de Girón se presentan mayores proporciones de puntajes alterados en las dimensiones de problemas con pares ($p=0,005$) (**Tabla 3**). No se encontraron diferencias en hiperactividad ($p=0,009$).

En la zona rural se presentan mayores proporciones de puntajes alterados en la dimensión de síntomas emocionales ($p=0,035$) y en la zona urbana en la dimensión de conducta prosocial ($p=0,023$). No

se encontraron diferencias en las dimensiones de problemas de conducta ($p=0,584$), hiperactividad ($p=0,222$) y problemas con pares ($p=0,649$) (**Tabla 4**).

Discusión

La crianza es un proceso vital en el desarrollo psicoafectivo de niños y adolescentes. Sin embargo, dista de ser un proceso sencillo. Por un lado, el estilo parental que se adopta por parte de padres o cuidadores, no es algo consciente, se recurre a lo que se observa, lo que se vivió y considera efectivo³². De igual manera, la práctica de la crianza está mediada por las características de conducta del niño. Problemas del comportamiento infantil pueden generar frustración, molestia, y tristeza en los padres¹³, dando paso a conductas de hostilidad o permisividad de los adultos¹².

Sin duda el estilo de crianza, es decir, las actitudes y los comportamientos que asumen los padres o cuidadores para criar a sus hijos, y su autoeficacia para afrontar los desafíos de la crianza, pueden ser factores determinantes en el desarrollo de la conducta infantil. Este estudio es el primero de tipo poblacional en Santander que describe las características del estilo de crianza de los adultos y su percepción sobre el comportamiento infantil.

Los resultados muestran alta prevalencia de estilos de crianza disfuncionales caracterizados por la sobrereactividad, la laxitud y la hostilidad en los municipios participantes. Esto coincide con estudios nacionales y latinoamericanos, donde se identifica que cerca de la cuarta parte de las familias tienden a utilizar estilos de crianza permisivos o autoritarios^{19,33,34}. Una posible explicación de estos estilos de crianza disfuncionales es que los adultos tienden a asumir el estilo de crianza que utilizaron sus padres, siendo éste un aspecto cultural fundamental que media el estilo de crianza¹⁹.

Otro aspecto a resaltar es el hallazgo de un predominio de crianza hostil, caracterizado por el uso de la violencia verbal o física, principalmente en mujeres de la zona urbana, y particularmente en el municipio de Girón. Si bien este aspecto puede relacionarse con que, en general, las mujeres dedican mayor tiempo a la crianza y afrontan más situaciones difíciles de la conducta infantil³⁵, también puede relacionarse con las situaciones sociales, laborales y familiares de estrés que afrontan las mujeres en nuestros entornos urbanos³⁶, y que sumadas al legado cultural de estilo de crianza hostiles les dificulta ejercer otras formas de crianza basadas en el autocontrol y la comunicación. Así mismo,

esto puede responder a los patrones socializadores de la familia, donde los hombres asumen principalmente el rol de proveedores y las mujeres se centran en la crianza, orientada a generar obediencia en los hijos, castigando las conductas inapropiadas y con escaso reforzamiento positivo frente al buen comportamiento³⁵.

Bajo un enfoque positivo en salud, se busca que los padres brinden a sus hijos el desarrollo de habilidades que les permitan identificar los riesgos que puedan afectar su salud y utilizar los recursos a su alcance para mejorar su calidad de vida³⁷. Los estilos de crianza positivos, es decir aquellos basados en la comunicación, el respeto y la promoción de conductas apropiadas, han mostrado que facilitan el desarrollo de estas habilidades en pro del autocuidado, y permiten relaciones más positivas entre padres e hijos³⁸.

En relación con el comportamiento infantil, los resultados muestran que una cuarta parte de los cuidadores percibe problemas de conducta infantil y algunos de ellos consideran que estos problemas impactan la familia. Al respecto, algunos estudios señalan que el comportamiento de los hijos está determinado por el estilo de crianza³⁹ mientras otros señalan que es el comportamiento infantil el que determina el estilo de crianza de los padres⁴⁰. Estilos de crianza autoritarios pueden tener efectos negativos en los niños⁴¹ como agresión, introversión, depresión o ansiedad y problemas de autoestima y de atención que pueden trascender a la vida adulta¹⁵⁻¹⁷. Por su parte, el estilo de crianza permisivo se relaciona con problemas de autoeficacia en los padres⁴² y en los menores con falta de persistencia, poco control emocional, impulsividad, dependencia y depresión y conductas antisociales en la vida adulta^{43,44}. De esta manera, los estilos de crianza disfuncionales pueden impactar en la salud mental infantil y trascender a la vida adulta. Cabe señalar que estos dos estilos de crianza predominan en el escenario rural del municipio de Matanza, con mayor presencia del estilo autoritario entre las mujeres y mayor flexibilidad entre los hombres, patrón por sexo que fue similar en los otros municipios. La explicación a este comportamiento puede obedecer nuevamente al rol que asumen los padres en la crianza, donde la mujer se apropia de la crianza y los hombres se orientan a suplir las necesidades básicas de la familia³⁵.

La autoeficacia de los cuidadores, no sólo influye sino que determina el estilo de crianza⁴⁵. Se ha identificado que madres seguras respecto a la forma en que crían, generan mejores interacciones con sus hijos y contribuyen a la salud mental de los menores⁴⁶. A este

respecto, este estudio encontró que cerca de la mitad de los cuidadores tienen dificultades con su autoeficacia para ejercer su rol de crianza, especialmente los hombres y en zona rural. Esto podría explicarse por el rol de proveedor que asumen los hombres en nuestro contexto³⁵ y porque en zonas rurales, probablemente, los padres se exponen menos a espacios diferentes a los de su hogar con sus hijos. En los contextos urbanos, la explicación obedecería a la presencia de otros socializadores en la crianza, como la televisión o internet, dada la incursión de las mujeres al mercado laboral⁴⁷. Estas diferencias evidencian el papel de la cultura en la crianza y su relación con la adopción de ciertos estilos para criar, los cuales surgen a partir de las características, necesidades y exigencias de cada contexto⁴⁸. De manera general, los resultados de este estudio evidencian la importancia de apoyar a los cuidadores de estos contextos, tanto rural como urbano en los tres municipios, mediante estrategias de acompañamiento en crianza que brinden herramientas a los padres para aumentar su confianza parental, promover relaciones positivas con sus hijos y contar con estrategias que les permitan abordar eficazmente los problemas propios de la crianza²¹.

El presente estudio tiene varias fortalezas que vale la pena destacar, como su abordaje poblacional, la representatividad de la heterogeneidad de los municipios de Santander, la inclusión de zonas rurales y el uso de cuestionarios validados. La principal limitación del estudio es la selección no probabilística de participantes por lo que puede existir algún grado de sesgo de selección en tanto que puede suceder que los padres que acuden a este tipo de convocatorias por parte de las instituciones educativas tengan mayor compromiso de su rol de cuidadores. Ante este posible escenario de sesgo de selección, es probable entonces que la prevalencia de estilos disfuncionales sea mayor que la estimada. Finalmente, es importante anotar que, si bien se utilizaron cuestionarios validados en español, durante la aplicación se observó mayor dificultad en el entendimiento de la escala PTC, lo que puede afectar su interpretación.

Conclusiones

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la alta prevalencia de estilos de crianza disfuncionales, al igual que una percepción de problemas conductuales de los menores por parte de sus cuidadores. Estos resultados sugieren la necesidad de generar estrategias que permitan desarrollar habilidades en los padres y cuidadores, que hagan de la crianza un proceso más positivo y minimicen los efectos negativos. En este

sentido se requiere, de una parte, acciones conjuntas, particularmente del sector educativo y salud, que sean sensibles a las características culturales de padres y cuidadores de contextos urbanos y rurales; y de otra parte, que se posicione la crianza como un proceso de interés en salud pública.

Agradecimientos

Al Departamento de Salud Pública y a la Secretaría de Salud de Santander por la financiación del proyecto, contrato interadministrativo No. 1426 de 2018.

Los autores expresan su agradecimiento a Luz Marina Uribe Rivero, profesional especializado de la Gobernación de Santander, por su gestión y apoyo permanente para la realización de este proyecto. Así mismo las autoras agradecen la participación y compromiso de las facilitadoras de crianza de la estrategia “Santander Positivo” de los tres municipios: Nohelia García, Diana Parada, Obdulia Rueda, Yosmary Acevedo, Nathalia Arbeláez, Mónica Mogollón, Mónica Ortiz, Nini Johanna Villareal, Nini Johanna Valenzuela y Rosalba Jaimes.

Consideraciones éticas

El presente trabajo contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Científica de la Universidad Industrial de Santander (CEINCI-UIS).

Conflictos de interés

Las autoras no tienen conflictos de intereses que declarar.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
2. Štřelec S. The Family as an agent in children's upbringing and changes to the conditions under which it Operates. *Czech-Polish Hist Pedagog J.* 2013; 5(2): 16-23. doi: <https://10.2478/cphpj-2013-0010>.
3. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. *Desarrollo Humano*. Novena edición. México: Mc. Graw-Hill, 1999. 347p.
4. Henao G, Ramírez C, Ramírez L. Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y la niña. *AGO USB.* 2007;7(2):199-385. doi:

- <https://doi.org/10.21500/16578031.1646>.
5. Kazdin AE. *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. Segunda edición. México: Manual Moderno, 1996.
 6. Escobar Doran C, Jacobs P, Dewa CS. Return on investment for mental health promotion: parenting programs and early childhood development. Edmonton, AB: Institute of Health Economics Province of Alberta Canada, 2011.
 7. Solis-Camara P, Cuevas Y, Romero M. Relaciones entre la crianza y factores protectores o de riesgo, antes y después de una intervención para padres. *Summa Psicol UST*; 2014; 11(1): 75-87.
 8. Scott S, Sylva K, Moira D, Price J, Jacobs B, Crook C, et al. Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behaviour targeting multiple risk factors: the SPOKES project. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010; 51(1): 48-57. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02127.x>.
 9. Hummel RM, Gross AM. Socially anxious children: an observational study of parent-child interaction. *Child Fam Behav Ther*. 2001; 23(3): 19-40. doi: https://doi.org/10.1300/J019v23n03_02.
 10. Isaza LV, Henao GL. El desempeño en habilidades sociales en niños, de dos y tres años de edad, y su interacción con los estilos de interacción parental. *Rev Electron Investig Psicoeduc Psigopedag*. 2010; 8(3): 1696-2095. doi: <https://10.25115/ejrep.v8i22.1453>.
 11. Park J, Johnston C, Colalillo S, Williamson D. Parents' attributions for negative and positive child behavior in relation to parenting and child problems. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018; 47(1): S63-S75. doi: <https://10.1080/15374416.2016.1144191>.
 12. Gershoff, E. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*. 2002;128(4): 539-579.
 13. García M, Rivera S, Reyes I. La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colomb Psicol*. 2014; 17(2): 133-141. doi: <https://10.1037//0033-2909.128.4.539>.
 14. Sanders MR, Pidgeon AM, Gravestock F, Connors, MD, Brown S, Young RW. Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment? *Behav Therapy*. 2004; 35: 513-535. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80030-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80030-3).
 15. Thompson A, Hollis C, Richards D. Authoritarian parenting attitudes as a risk for conduct problems: Result from a British national cohort study. *Eur Child Adolesc Psych*. 2003; 12: 84-91. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0324-4>.
 16. Akhter N, Hanif R, Tariq N, Atta M. Parenting styles as predictors of externalizing and internalizing behavior problems among children. *PJPR* 2011; 26(1): 23-41.
 17. Knutson JF, DeGarmo D, Koepl G, Reid JB. Care neglect, supervisory neglect, and harsh parenting in the development of children's aggression: A replication and extension. *Child Maltreat*. 2005; 10(2): 92-107. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077559504273684>.
 18. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Bogotá, febrero de 2016.
 19. Aguirre-Dávila E. Prácticas de crianza, temperamento y comportamiento prosocial de estudiantes de educación básica. *Rev. Latinoam. Cienc Soc Niñez Juv*. 2015; 13(1): 223-243. doi: <https://10.11600/1692715x.13113100314>.
 20. Varela SP, Chinchilla T, Murad V. Prácticas de crianza en niños y niñas menores de seis años en Colombia. *Zona Próxima*. 2015; 22: 193-215. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2009.09.015>.
 21. Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor W. The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(4): 624-640. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.624>.
 22. DANE. *Proyecciones de población 2005-2020 con base en censo; 2005*.
 23. Arnold DS, O'Leary SG, Wolff LS, Acker MM. The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychol Assessment*. 1993; 5: 137-144. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.137>.
 24. Rhoades KA, O'Leary SG. Factor structure and validity of the Parenting Scale. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007; 36: 137-146. doi: <https://10.1080/15374410701274157>.
 25. Sanders MR, Woolley ML. The relationship between global, domain and task-specific self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child Care Health Dev*. 2005; 31(1): 65-73. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x>.
 26. Mejía A, Filus A, Calam R, Morawska A, Sanders M. Validation of the Spanish version of the CAPES: a brief instrument for assessing child psychological difficulties and parental self-efficacy. *Int J Behavior Development*. 2015; 1-14. doi: <https://10.1177/0165025415591229>.

27. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999; 40(5): 791-799. doi: <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00494>.
28. Gomez-Bneyto M, Nolasco A, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Tamayo-Fonseca N, Munarriz M, et al. Psychometric behaviour of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in the Spanish national health survey 2006. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 95. doi: <https://10.1186/1471-244X-13-95>.
29. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the child behavior checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*. 1999; 27: 17-24. doi: <https://doi.org/10.1023/A:102265822>.
30. Smedje H, Broman JE, Hetta J, Von Knorring AL. Psychometric properties of a Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 8(2): 63-70.
31. Triple P Positive Parenting Programa. Client Scoring application ASRA website.
32. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: an integrative model. *Psychol Bull*. 1993; 113(3): 487-496. doi: <https://10.1037/0033-2909.113.3.487>.
33. Navarrete L, Ossa C. Estilos parentales y calidad de vida familiar en adolescentes con conductas disruptivas. *Cienc Psicol*. 2013; 7(1): 47-56. doi: <https://10.4321/S1132-05592008000300008>.
34. Velarde MP, Ramírez MJ. Efecto de las prácticas de crianza en el desempeño cognitivo en niños en edad preescolar. *Rev Chil Neuropsicol*. 2017; 12(1): 12-18. doi: <https://10.5839/rcnp.2017.12.01.04>.
35. Izzedin R, Pachajoa A. Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit*. 2009; 15(2): 109-115.
36. Lesniowska R, Gent A, Watson S. Maternal fatigue, parenting selfefficacy, and over reactive discipline during the early childhood years: a test of a mediation model. *Clin Psychol*. 2016; 20(3): 109-118. doi: <https://10.1111/cp.12056>.
37. Eriksson M, Lindstro B. Salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*. 2004; 23(2): 190-199. doi: <https://10.1093/heapro/dan014>.
38. Sanders MR, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer S, et al. Every family: a population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *J Prim Prev*. 2008;29(3):197-222. doi: <https://10.1007/s10935-008-0139-7>.
39. Rivas S. Influencia bidireccional en la adopción de los estilos parentales en la infancia. *Int J Develop Educ Psychol*. 2008; 1(4): 65-74.
40. Zhou Q, Eisenberg N, Losoya SH, Fabes RA, Reiser M, Guthrie IK, et al. The relations of parental warmth and positive expressiveness to children's empathy-related responding and social functioning: A longitudinal study. *Child Dev*. 2002; 73(3): 893-915. doi: <https://10.1111/1467-8624.00446>.
41. Aguirre E, Montoya LM, Reyes JA. Crianza y castigo físico. En Aguirre, E. *Diálogos 4. Discusiones en la psicología contemporánea*. Bogotá, D. C. (Colombia): Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Cien. *Diálogos 4. Discusiones en la Psicología Contemporánea* (2006) 33 p.
42. Jiménez A, Concha M, Zúñiga R. Conflicto trabajo-familia, autoeficacia parental y estilos parentales percibidos en padres y madres de la ciudad de Talca, Chile. *Acta Colomb Psicol*. 2012; 15 (1): 57-65.
43. Baumrind D, Black AE. Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *Child Dev*. 1967; 38(2): 291-327. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/1127295>.
44. Milevsky A, Schlechter M, Klem L, Kehl R. Constellations of maternal and paternal parenting styles in adolescence: congruity and well-being. *Marriage Fam Rev*. 2008; 44(1): 81-98. doi: <https://doi.org/10.1080/01494920802185447>.
45. Coleman P, Karraker K. Self-Efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developm Rev*. 1998; 18(1): 47-85. doi: <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>.
46. Abarashi Z, Tahmassian K, Mazaheri MA, Panaghi L, Mansoori N. Parental self-efficacy as a determining factor in healthy mother-child interaction: a pilot study in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sciv*. 2014; 8(1):19-25. doi: <https://10.5812/rijm.13929>.
47. Martínez M, Pérez Frías W, Solano D. Impacto de los medios masivos de comunicación en la dinámica familiar. *Cult Educ Soc CES*. 2011; 2(1): 111-118.
48. Bornstein MH. Cultural approaches to parenting. *Parent Sci Pract*. 2012; 12(2-3): 212-221. doi: <https://10.1080/15295192.2012.683359>.

Percepción de satisfacción entre beneficiarios del programa de alimentación escolar en Bucaramanga-Colombia

Perception of satisfaction among beneficiaries of the school food program of Bucaramanga-Colombia

Lucila Niño-Bautista¹; Edna Magaly Gamboa-Delgado¹; Tatiana Serrano-Mantilla¹

Forma de citar: Niño-Bautista L, Gamboa-Delgado EM, Serrano-Mantilla T. Percepción de satisfacción entre beneficiarios del programa de alimentación escolar en Bucaramanga-Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(3): 240-250. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019007> 

Resumen

Introducción: El Programa de Alimentación Escolar PAE en Colombia es uno de los más antiguos orientado a la protección de la población infantil para potenciar su desarrollo y disminuir la deserción escolar; sin embargo, no hay investigación suficiente que permita evidenciar avances y logros del programa. **Objetivo:** Determinar la prevalencia en la percepción de satisfacción de los beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar - PAE en Bucaramanga, Colombia y sus factores asociados. **Metodología:** Se realizó en 2017 un estudio cuantitativo de corte transversal analítico. La población correspondió al universo de escolares beneficiarios del PAE en la ciudad (N= 31.230) y la muestra a 401 escolares la cual se dividió en dos grupos según edad: grupo 1 (de 5 a 8 años) y grupo 2 (de 9 a 17 años). Las encuestas para evaluar los componentes sensorial, organizacional y social, fueron sometidas a prueba piloto para validación aparente o facial y ajustadas según resultados. Una vez recogidos los datos se hizo análisis descriptivo a características de interés; para corroborar diferencias estadísticamente significativas se usó la prueba de χ^2 y T de Student y se realizaron análisis bivariados y multivariados entre las características de interés y la percepción de satisfacción usando regresión lineal simple y múltiple. **Resultados:** Los estudiantes mostraron un nivel alto de percepción de satisfacción frente a las raciones recibidas, siendo los más satisfechos los de nivel socioeconómico bajo y medio bajo (Coef B 2,43; IC 95%: 1,61-3,25) y los que recibieron ración preparada en sitio (niños de 5 a 8 años), (Coef B 8,36; IC 95%: 7,08-9,64). Se encontró que el 25% de los estudiantes de nivel socioeconómico medio-medio y medio-alto botaba los alimentos a la basura. **Conclusiones:** Estos hallazgos mostraron la necesidad prioritaria de ser más rigurosos en la focalización de los beneficiarios del programa, así como llevar a cabo otros ajustes planteados en el estudio, para incrementar la calidad del programa PAE de Bucaramanga.

Palabras clave: Alimentación escolar; satisfacción personal; percepción; asistencia alimentaria; programas de alimentación; satisfacción con la alimentación; almuerzo escolar; hábitos alimentarios; consumo de alimentos; programa de alimentación escolar.

1. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Lucila Niño Bautista. Dirección: Carrera 32 29-31 Instituto PROINAPSA, Bucaramanga. Teléfono: +577 6450006. Correo electrónico: lucinino@hotmail.com

Abstract

Introduction: The PAE School Feeding Program in Colombia is one of the oldest oriented to the protection of the child population to enhance their development and decrease school dropouts; however, there is not enough research to show progress and achievements of the program. **Objective:** To determine the prevalence of perception of satisfaction of the beneficiaries of the School Feeding Program, in Bucaramanga, Colombia and its associated factors. **Methodology:** An analytical cross-sectional study was carried out in 2017 with an empirical non-experimental analytical approach. The population corresponded to the universe of PAE schoolchildren in the city (N = 31,230) and the sample to 401 students which was divided into two groups according to age: group 1 (from 5 to 8 years) and group 2 (from 9 to 17 years). The surveys to evaluate the sensory, organizational and social components were submitted to a pilot test for apparent or facial validation and adjusted according to results. Once the data was collected, a descriptive analysis was made to the characteristics of interest; To corroborate statistically significant differences, the χ^2 and Student's T test were used and bivariate and multivariate analyzes were performed between the characteristics of interest and the perception of satisfaction using simple and multiple linear regression. **Results:** The students showed a high level of satisfaction perception compared to the rations received, being the most satisfied those low and medium low socioeconomic status (Coef B 2.43; 95%CI: 1.61-3.25) and those who received ration prepared on site (children 5 to 8 years old), (Coef B 8.36; 95%CI: 7.08-9.64). **Conclusions:** These findings showed the priority need to be more rigorous in the targeting of the beneficiaries of the program, as well as carry out other adjustments proposed in the study, to increase the quality of the PAE program in Bucaramanga.

Keywords: School feeding; personal satisfaction; perception; food assistance; alimentary programs; satisfaction with food-related life; School lunch; eating habits; food Consumption; school food programs.

Introducción

Los programas de alimentación que se desarrollan en el contexto escolar en el mundo tienen como finalidad principal la protección social dirigida a potenciar el desarrollo de niños, adolescentes y la prevención de la deserción escolar así mismo, apoyan objetivos de educación y de salud, favorecen el desarrollo del capital humano y promueven hábitos alimentarios adecuados¹⁻³.

En América Latina y el Caribe, según encuesta realizada en 2016 por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el programa de alimentación escolar – PAE- tuvo una participación de 73.702.225 beneficiarios en 16 países, representando una oportunidad de contribuir al logro del Objetivo 2 de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, conocido como “Hambre Cero”; la inversión anual estimada fue de 4 mil millones de dólares. La mayor cobertura de participación la tuvieron Brasil con 41.500.000, México con 6.357.712 y Colombia con 4.029.869 beneficiarios. Es importante destacar que estos programas presentan una alta variabilidad en cuanto a costos, cobertura, calidad y sostenibilidad en los diferentes países⁴.

Respecto al estudio de la percepción de satisfacción frente a la alimentación en el ámbito escolar, ésta se relaciona con los modelos de índices de satisfacción del cliente. En general, tienen en cuenta dos referentes

primarios de la satisfacción: la percepción del cliente frente al servicio o producto y la expectativa frente al desempeño del servicio⁵. La satisfacción frente a la alimentación también puede ser influenciada por factores como preferencia hacia algunos alimentos, comportamientos saludables, edad, composición del núcleo familiar, género, y nivel socioeconómico de las personas⁶, así como el servicio que prestan las personas que atienden al beneficiario⁷.

El programa PAE en Colombia, se ha propuesto i) contribuir al acceso y la permanencia escolar de los niños y adolescentes registrados en la matrícula oficial, ii) mejorar su capacidad de aprendizaje mediante el suministro de un complemento alimentario que aporta calorías y nutrientes durante el calendario escolar y iii) fomentar estilos de vida saludables. La focalización del programa se realiza bajo el enfoque de protección integral y es dirigida a la población económica y socialmente más vulnerable⁸. A partir del año 2017 el Programa Mundial de Alimentos PMA, reenforzó su apoyo a las prioridades del Gobierno Nacional en materia de consolidación de la paz con el objetivo de aportar a las soluciones sostenibles para las víctimas del conflicto⁹. Es así como el PAE, al incluir objetivos de diversos sectores, ha resaltado la necesidad de articulación intersectorial e interinstitucional para lograr el máximo impacto sobre la educación y el desarrollo humano¹⁰.

Sobre la percepción de satisfacción de estudiantes con el PAE en Colombia, sólo se identificó un estudio realizado en el departamento de Vaupés donde participaron 849 escolares de 16 sedes educativas, en el cual el 65% se expresó satisfecho, el 27% insatisfecho y el restante 8% no respondió¹¹.

En el contexto Latinoamericano, un estudio chileno sobre la evaluación del programa PAE en el país, encontró que el nivel de satisfacción global en los escolares de educación básica fue del 66% y en los estudiantes de educación media de 72,3%. Al desagregar el indicador por las dimensiones de análisis, la satisfacción frente a los alimentos recibidos fue del 54% y el 52% en los dos grupos mencionados y la evaluación de la importancia del PAE fue de 66% y 72,3% respectivamente¹².

En otro estudio descriptivo en el área urbana de la ciudad de Santa Fe - Argentina, que buscó identificar las percepciones vinculadas a los componentes del programa de recuperación del niño en riesgo nutricional, el 99% de los encuestados reportó alto nivel de satisfacción, mejoramiento de conocimientos y prácticas alimentarias, diversificación de la alimentación cotidiana y fortalecimiento del vínculo madre-hijo¹³.

En contraste, en Asunción - Paraguay se llevó a cabo un estudio para evaluar la aceptación y adecuación a requerimientos nutricionales del almuerzo en 102 escolares de dos escuelas públicas. Se encontró que sólo a tres de 10 niños les agradaban las comidas que les sirvieron y la adecuación de energía y proteínas no se ajustó a los requerimientos recomendados¹⁴.

Entre tanto en Corea del Sur, se evaluó la satisfacción con el servicio de comida escolar en una escuela intermedia con 680 estudiantes, encontrando: satisfacción con el ambiente para comer y agrado con la cantidad, diversidad de tipos de sopa, postre y el costo de la comida escolar en la cafetería; el grupo de niñas mostró una satisfacción significativamente mayor que el grupo de niños¹⁵. De manera similar, en Colorado (EEUU) se realizó un estudio en tres escuelas para determinar la satisfacción de los estudiantes de secundaria con la experiencia de almuerzo. Los estudiantes percibieron que aspectos como el atractivo visual, el aroma y el sabor requerían ser mejorados en los alimentos servidos¹⁶.

En general las investigaciones anteriormente presentadas sobre la satisfacción de los estudiantes con los alimentos recibidos en la institución educativa,

fueron de carácter descriptivo y la satisfacción global estuvo entre el 30 y 75%. En los estudios que analizaron variables independientes, el sexo y el nivel de escolaridad tuvieron relación con la satisfacción por los alimentos recibidos.

Conocer la percepción de satisfacción que tienen los beneficiarios en un programa de alimentación cobra relevancia en tanto que permite detectar puntos clave para hacer ajustes y lograr mejores resultados. No obstante, medir la percepción de satisfacción de los beneficiarios del PAE representó un reto de especial importancia y complejidad en razón al tema objeto de estudio¹⁷, el no haber hallado instrumentos validados y la escases extrema de estudios sobre el tema en Colombia y la región. Ante la necesidad de aportar resultados de investigación que permitan mejorar la calidad de los programas de alimentación escolar, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de percepción de satisfacción de los beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar - PAE en Bucaramanga, Colombia y sus factores asociados.

Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal. La población de este estudio correspondió al universo de escolares del sector público beneficiarios del Programa PAE de Bucaramanga en 2017 (N= 31.230). Se calculó el tamaño de muestra teniendo en cuenta: población de beneficiarios, prevalencia de percepción de satisfacción de 50%, nivel de confianza de 95% y efecto de diseño de 1.

La muestra, conformada por 401 escolares, fue clasificada en dos grupos considerando el nivel de desarrollo de la lecto-escritura para diligenciamiento de la encuesta y la proporcionalidad de su representación en la población así: Grupo 1, escolares de 5 a 8 años de edad y Grupo 2, estudiantes de 9 a 17 años de edad. Así mismo se seleccionaron, mediante muestreo aleatorio simple, 18 instituciones educativas en las comunas de la ciudad de tal manera que representaran los niveles socio económicos donde se encuentran los beneficiarios del programa; así se logró equilibrio de instituciones por territorio al aplicar las encuestas. Al interior de las instituciones educativas, el grupo de estudiantes para el estudio fue seleccionado mediante muestreo aleatorio simple y posterior a ese proceso, se verificó el cumplimiento de los criterios de elegibilidad hasta completar la muestra: i) estudiante activo en las instituciones educativas seleccionadas, ii) confirmación de pertenencia al programa PAE y iii) autorización o aceptación de participar en el estudio.

La variable dependiente del estudio fue la percepción de satisfacción por parte de los beneficiarios del programa. El grupo investigador consideró la *satisfacción* como la confluencia entre las expectativas respecto al servicio y producto que reciben, con la percepción al obtener los servicios y productos del programa^{4,16}. Con base en esta definición se establecieron tres componentes a evaluar: *componente sensorial* de los alimentos recibidos (sabor, color, olor, temperatura, y textura de los alimentos), *componente organizacional* (hora de servido del refrigerio y almuerzo, diversidad de los alimentos, comodidad en el sitio donde toma los alimentos, orden y respeto del turno en las filas, tranquilidad para comer, limpieza, ventilación y orden del lugar donde reciben los alimentos) y *componente social* (amabilidad del personal que ofrece los servicios en el programa, percepción de ambiente agradable para comer, poder conversar con los compañeros, importancia de recibir los alimentos, presión para comer y conductas como llevarse los alimentos para su casa, regalar los alimentos a compañeros, botar los alimentos a la basura).

Para codificar los puntajes de percepción de satisfacción de cada componente se le asignó un punto a cada respuesta afirmativa que correspondiera a aspectos positivos relacionados con la satisfacción. De esta manera la variable dependiente tomó un valor numérico entre 1 y 27 puntos.

Además, se analizaron variables independientes como edad, sexo, tipo de ración recibida, nivel socio económico de la zona donde está localizada la institución educativa y número de personas que compartían la alimentación en la familia.

Las encuestas fueron elaboradas incluyendo seis ítems de orden socio demográfico y entre 20 y 24 ítems (según grupo de estudiantes) relacionados con la percepción de satisfacción, con adecuaciones en el lenguaje dependiendo del grupo etáreo de estudiantes al que iba dirigida. La opción de respuesta para cada ítem fue dicotómica (sí - no).

Para la comprensión y pertinencia de las preguntas, teniendo en cuenta las características del programa, se diseñaron cuatro formatos de encuestas diferentes así; (1) para escolares de 5 a 8 años de edad que recibieran ración industrializada de, aproximadamente, 418 Kilocalorías, (refrigerio entregado en el descanso de la jornada escolar);(2) para escolares de esa misma edad que recibieran ración preparada en sitio (porción alimentaria de 541 Kilocalorías complemento del almuerzo que consumirían los escolares al llegar al

hogar); (3) para estudiantes de 9 a 17 años de edad que recibieran ración industrializada de 495 Kilocalorías, aproximadamente; (4) para estudiantes de esa misma edad que recibieran ración preparada en sitio de 735 kilocalorías.

Las encuestas fueron sometidas a una prueba piloto para validación aparente o facial, con dos grupos de escolares de 5 a 8 años y de 9 a 17 años de instituciones distintas a las de la muestra de análisis. Con base en sus resultados se hicieron ajustes en las encuestas antes de su utilización en el estudio.

Previo al diligenciamiento de las encuestas se envió al cuidador principal de los escolares de 5 a 7 años un mensaje con información básica sobre el estudio, utilización de resultados y manejo ético de la información recolectada; su firma al final del documento acreditó el asentimiento informado para la participación del escolar. Con los estudiantes mayores se dio la información pertinente de manera presencial y se hizo claridad sobre su participación voluntaria. A quienes optaron por no participar se les respetó su decisión.

El diligenciamiento de las encuestas fue posterior a la capacitación y estandarización del equipo encuestador, conformado por nutricionistas dietistas e ingenieros de alimentos. Los encuestadores fueron distribuidos en las 18 instituciones educativas seleccionadas en zonas urbanas y rurales del municipio. A los escolares de 5 a 8 años – Grupo 1, se les leyeron los ítems de la encuesta dándoles explicaciones y ejemplos cuando tuvieron alguna dificultad de comprensión. Los estudiantes de 9 a 17 años – Grupo 2, auto diligenciaron la encuesta en su salón de clases luego de recibir las orientaciones para su llenado y al finalizar la entregaron al encuestador responsable del salón.

Concluido el diligenciamiento de las encuestas se elaboró la base de datos utilizando el protocolo para garantizar su calidad: doble digitación en Excel por diferente persona, corrección de errores detectados y reimpresión de base de datos definitiva la cual se transfirió al paquete estadístico Stata v 12.0, para realizar los análisis y generar resultados.

Análisis Estadístico

Se realizó análisis descriptivo de las características de interés de acuerdo al objetivo del estudio en el cual las variables continuas se presentaron como medias con su respectiva Desviación Estándar (D.E)

y las variables categóricas como proporciones. Para evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas entre variables categóricas se usó la prueba Chi² y entre las variables continuas la prueba T de Student. Se realizaron análisis para evaluar las diferencias en cuanto a las características sociodemográficas de los participantes según el sexo y a la percepción de satisfacción de los beneficiarios del programa, según el grupo etéreo y tipo de ración recibida. Se realizaron análisis bivariados y multivariados, previo análisis del cumplimiento de supuestos, entre las características de interés y

la percepción de satisfacción usando modelos de regresión lineal simple y múltiple.

Resultados

Características Sociodemográficas

Se analizó muestra representativa de 401 escolares beneficiarios del PAE de Bucaramanga - Colombia. La edad promedio de los escolares del grupo 1 fue 6,1 años y de los estudiantes del grupo 2, de 12,05 años. El 53,6% de la población fue de sexo femenino.

Tabla 1. Características generales de estudiantes beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar según el sexo. Bucaramanga, Colombia 2017.

Características sociodemográficas	Todos (n=401) n (%) ó Media [D.E]	Femenino (n=215) n (%) ó Media [D.E]	Masculino (n=186) n (%) ó Media [D.E]	Valor p
Edad				
Grupo 1 (5 a 8 años)	6.14 [1.19]	6.28 [1.18]	6.0 [1.20]	0.125 £
Grupo 2 (9 a 17 años)	12.05 [2.36]	12.65 [2.31]	12.05 [2.38]	0.028 £
Nivel socioeconómico				
Medio y Medio Alto	101 (25.19)	45 (20.93)	56 (30.11)	0.035 †
Bajo y Medio Bajo	300 (74.81)	170 (79.07)	130 (69.89)	
Número de estudiantes según personas que comparten la alimentación en la familia				
1 a 4 personas	265 (65.09)	132 (61.40)	129 (69.35)	0.095 †
5 o más personas	140 (34.91)	83 (38.60)	57 (30.65)	
Grupo etéreo por tipo de ración alimentaria				
Grupo 2, ración industrializada	124 (30.92)	77 (35.81)	47 (25.27)	0.115 †
Grupo 2, ración preparada en sitio	157 (39.15)	80 (37.21)	77 (41.40)	
Grupo 1, ración industrializada	62 (15.46)	32 (14.88)	30 (16.13)	
Grupo 1, ración preparada en sitio	58 (14.46)	26 (12.09)	32 (17.20)	

D.E: Desviación Estándar; £: Valor p mediante prueba T de Student; †: Valor p mediante prueba χ^2 .
Fuente: elaboración propia.

El 75% de los escolares participantes estudiaban en instituciones educativas ubicadas en áreas de nivel socio económico bajo (29,6% nivel bajo-bajo y 45,1% nivel medio-bajo), y el resto en nivel socio económico medio (17,4% nivel medio-medio y 7,7% nivel medio-alto).

En cuanto al tamaño de la familia (número de personas que compartían la alimentación en el hogar), más de la mitad de los hogares estaban por encima de cuatro integrantes (41,7% por uno a tres; 49,1% cuatro a seis y 9,2% por siete y más integrantes).

Prácticas utilizadas por quienes no consumían los alimentos ofrecidos por el programa

Compartir refrigerio con la familia: en el grupo 2 una cuarta parte de estudiantes (24,4%) guardó el refrigerio o ración industrializada para compartirlo con su familia; en el grupo 1, solo el 12,7% la llevó al hogar. *Regalar el refrigerio o el almuerzo a un compañero de clase:* esta práctica también fue más utilizada por los estudiantes del grupo 2 (33,2%). *Botar el refrigerio a la basura:* en esta práctica, el 5,7% de los integrantes del grupo 1 la utilizaron vs el 0,7% del grupo 2.

La práctica de llevar refrigerio o ración industrializada al hogar no estuvo relacionada estadísticamente con el número de miembros de la misma ($p=0,578$) y respecto al nivel socio económico ($p=0,062$); estas diferencias podrían ser aceptadas al 10% de significancia, lo cual sugiere la posibilidad de que con un tamaño de muestra mayor se pudiera encontrar esa relación de manera más evidente. Se halló relación estadísticamente significativa entre regalar la comida a los compañeros y pertenecer a los niveles socio económicos bajos ($p=0,000$), así como entre botar a la basura el refrigerio o el almuerzo y ser parte de los niveles socio económicos medios ($p=0,000$).

Percepción de Satisfacción de los beneficiarios del programa

La **Tabla 2** presenta las frecuencias de respuestas positivas en los tres componentes de la satisfacción (sensorial, organizacional y social), en los cuales sí hubo diferencias significativas en los grupos 1 y 2 por tipo de ración recibida. En general, los resultados muestran que los niños y niñas del grupo 1 tuvieron una percepción de satisfacción más alta en la mayoría de aspectos evaluados.

Tabla 2. Percepción de Satisfacción de los beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar, según componentes sensorial, organizacional y social (% de respuestas positivas).

Componentes e ítems en la encuesta	Grupo 1 5 a 8 años		Grupo 2 9 a 17 años		Valor p
	Ración industrializada (n=62)	Ración preparada en sitio (n=58)	Ración industrializada (n=124)	Ración preparada en sitio (n=157)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Componente Sensorial					
Le gusta el sabor de los alimentos que le dan en el Refrigerio/ Almuerzo	60 (96.77)	56 (96.55)	101 (81.45)	124 (80.52)	0.001
Al oler los alimentos le dan ganas de comerlos	61 (98.39)	56 (96.55)	100 (80.65)	138 (87.90)	0.001
Si el R/A* tiene varios colores le dan más ganas de comerlo	50 (80.65)	49 (84.48)	65 (52.42)	93 (59.24)	0.000
Componente Organizacional					
Al recibir el R/A hay orden en las filas	53 (85.48)	45 (77.59)	63 (50.81)	86 (54.78)	0.000
Se respeta el turno en la fila	9 (100.00)	37 (63.79)	52 (41.94)	91 (57.96)	0.000
Le alcanza el tiempo para comer tranquilo el R/A	58 (93.55)	49 (84.48)	71 (57.26)	116 (73.89)	0.000
Componente Social					
A la hora del R/A puede conversar con sus compañeros	35 (56.45)	40 (68.97)	104 (83.87)	143 (91.08)	0.000
Le parece importante recibir el R/A del Colegio	62 (100.00)	56 (96.55)	120 (97.56)	39 (31.97)	0.000

*R/A: refrigerio o almuerzo
 Fuente: elaboración propia.

Focalizando los componentes analizados, el sensorial tuvo porcentajes más altos de satisfacción en ambos grupos y el componente organizacional los más bajos; en el componente social se encontró manejo diferencial en *poder conversar con los compañeros durante el refrigerio y almuerzo*: en el grupo 1 no se podía conversar en tanto que el grupo 2 sí.

Solo se encontró diferencia significativa ($p=0,003$) de la satisfacción de los estudiantes según el nivel socio económico (media de puntaje de satisfacción en niveles socio económicos bajo-bajo y medio-bajo: 17,8, D.E 4,68 vs media de puntaje de satisfacción en niveles medio-medio y medio-alto; 14,1, D.E 3,74; $p=0.001$).

Percepción de satisfacción de acuerdo con el tipo de ración alimentaria recibida

Al comparar puntajes de satisfacción por componente y tipo de ración alimentaria por grupo etéreo, los menores puntajes correspondieron a componentes sensorial y organizacional del grupo 2 en ración industrializada; y el grupo 1 que recibió ración industrializada mostró el menor puntaje para el componente social (ver **Tabla 3**).

Tabla 3. Percepción de satisfacción por componentes (sensorial, organizacional y social) según el tipo de ración recibida por los beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar.

Tipo de ración recibida	Componente de la Percepción de Satisfacción					
	Sensorial		Organizacional		Social	
	Media (D.E)	p	Media (D.E)	p	Media (D.E)	p
		0,000		0,002		0,001
Grupo 2: Ración industrializada	4,14 (1,26)		3,96 (1,41)		5,34 (0,94)	
Grupo 2: Ración preparada en sitio	4,6 (1,49)		7,52 (2,89)		7,38 (1,41)	
Grupo 1: Ración industrializada	4,4 (0,77)		7,61 (0,81)		5,16 (1,10)	
Grupo 1: Ración preparada en sitio	5,98 (1,16)		9,39 (1,64)		4,79 (0,89)	

D.E: Desviación Estándar
Fuente: elaboración propia.

Factores Asociados a la percepción de satisfacción en escolares beneficiarios del PAE

Los análisis múltiples, posteriores al ajuste por sexo y edad, mostraron que el tipo de ración recibida según el grupo etéreo y el nivel socio económico, se asociaron de manera significativa con el puntaje de percepción de satisfacción frente al Programa. Al tomar como categoría de referencia al grupo 2 que recibió ración industrializada, se encontró que el puntaje total de percepción de satisfacción fue mayor en escolares del grupo 1 que recibieron ración preparada en sitio, seguido por quienes recibieron ración industrializada

y finalmente por los estudiantes del grupo 2 que recibieron ración preparada en sitio. Con relación al nivel socio económico, los estudiantes que pertenecían a niveles bajos presentaron mayores puntajes de percepción de satisfacción (ver **Tabla 4**). Aunque no se encontraron diferencias significativas referidas a *considerar importante recibir el refrigerio o el almuerzo ofrecido por el PAE*, cabe resaltar que la mayoría de los participantes del estudio (68%) manifestó que sí era importante recibirlo, siendo menor esta percepción en los estudiantes del grupo 2 que recibían ración preparada en sitio (32%).

Tabla 4. Factores asociados a la percepción de satisfacción en estudiantes beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar.

Factores de Riesgo	Modelos Crudos			Modelos ajustados por sexo y edad		
	Coef B	IC 95%	p	Coef B	IC 95%	p
Sexo						
Femenino	REF		REF		REF	
Masculino	-0,36	-1,25-0,52	0,419	-0,63	-1,32-0,04	0,068
Edad	0,11	-0,01-0,23	0,075	0,34	0,16-0,51	0,000
Tipo de ración recibida, según grupo de edad						
Grupo 2: Ración industrializada	REF		REF		REF	
Grupo 2: Ración preparada en sitio	6,06	5,21-6,90	0,000	5,44	4,54-6,35	0,000
Grupo 1: Ración industrializada	3,71	2,62-4,81	0,000	6,32	4,87-7,77	0,000
Grupo 1, Ración preparada en sitio	6,71	5,59-7,83	0,000	8,36	7,08-9,64	0,000
Nivel socioeconómico						
Nivel Medio-medio y Medio alto	REF		REF		REF	
Nivel Bajo-bajo y nivel medio-bajo	1,67	0,66-2,68	0,001	2,43	1,61-3,25	0,000

Coef B: Coeficientes Beta estimados usando modelos de regresión lineal simple y múltiple; IC 95%: Intervalo de Confianza 95%.
Fuente: elaboración propia.

Discusión

En este estudio se evidenció que la mayoría de los estudiantes beneficiarios del PAE tenían alto nivel de percepción de satisfacción frente a las raciones alimentarias recibidas y más de la mitad de los participantes (68%) consideró importante ser beneficiario del programa. Se confirmó que los estudiantes de menor edad estuvieron más satisfechos con los alimentos recibidos, tal como se observó en el PAE de Chile¹². Por su parte, los estudiantes de nivel socioeconómico bajo mostraron los mayores niveles de percepción de satisfacción con el programa, pues probablemente al recibir los alimentos sentían solventada, así fuera parcialmente, una de sus necesidades vitales. Esta relación de percepción positiva sobre acceso a alimentación y nivel socioeconómico bajo se ha identificado en otros estudios que sugieren que los sistemas psicológicos y fisiológicos que regulan el apetito también pueden ser sensibles a los sentimientos subjetivos de privación de recursos críticos no alimentarios^{18,19}.

En el grupo de estudiantes pertenecientes a niveles socio económico medios, 25% en este estudio, un poco más de la mitad botaba los alimentos a la basura, hecho que también se presentó en el contexto de otros programas de alimentación escolar^{20,21} y que contribuye a profundizar la problemática relacionada con pérdida y desperdicios de alimentos en Colombia²².

Al analizar por grupos de edad la práctica de botar a la basura los alimentos no consumidos, se observó que fue mayor en los escolares de 5 a 8 años; este comportamiento podría corresponder a una tardía formación en el tema, tanto en la familia como en la escuela y en los medios de comunicación. Así, el desarrollo de procesos educativos y comunicativos adecuados y provocadores^{23,24} que orienten hacia la toma de conciencia temprana sobre el no desperdicio de alimentos es vital²⁵. Estos hallazgos ameritan una revisión sobre el proceso de priorización y focalización del programa PAE de Bucaramanga, para ser más rigurosos en la selección de los estudiantes beneficiarios y lograr mejores resultados. En contraste con nuestros hallazgos, una revisión sistemática que incluyó 53 artículos sobre el Programa Nacional de Almuerzos Escolares en Estados Unidos encontró que los estudiantes mayores desperdiciaban más los alimentos²⁶. Estas diferencias permiten recordar que, aunque el problema del desperdicio de alimentos es mundial y más intenso en países de ingreso medio y alto, sus causas son multidimensionales y deben ser estudiadas para un abordaje apropiado y efectivo si se

desea incidir en el problema²⁷. Cabe resaltar que en la percepción de satisfacción con los alimentos también inciden la cultura, los medios de comunicación, experiencias previas y creencias y actitudes, muy influenciadas por los pares²⁸⁻³¹.

Sobre el tipo de ración, presentó mayor satisfacción en ambos grupos de edad la preparada en sitio, probablemente cercana en sabores a los del hogar. Sobre la ración industrializada, es importante monitorear los productos que se ofrecen pues la carga de aditivos químicos y azúcar que se usan en su fabricación pueden afectar la salud de los beneficiarios³². Diversos estudios han evidenciado que el consumo de estos por parte de la población infantil y adolescente, es inducida por la publicidad en televisión³³ e incide en los programas de alimentación escolar, por tanto, el análisis de componentes nutricionales e ingredientes utilizados es esencial en el proceso de selección^{34,35}.

Al evaluar percepción de satisfacción por componente, el sensorial fue el que obtuvo los mejores resultados, en sabor y olor para ambos grupos y en color de los alimentos en los más pequeños, resultado importante para la preparación de menús que estimulen el deseo de comer en este grupo etáreo³⁶. Por su parte, el componente organizacional también tuvo alta percepción de satisfacción en el grupo de 5 a 8 años, mostrando cómo la satisfacción frente a la alimentación es más integral en los escolares pequeños³⁷. Respecto al tiempo para consumo tranquilo de los alimentos, la mayoría de estudiantes indicaron ser presionados para comer, factor que se ha relacionado de manera negativa con la percepción de satisfacción pues reduce la posibilidad de socialización entre los escolares³⁸. Sobre el componente social sobresale el manejo diferente en la variable *Conversar con compañeros a la hora del refrigerio o almuerzo*: los más pequeños no podían hacerlo, impidiéndose un momento importante de socialización y desarrollo del lenguaje³⁹⁻⁴¹, en tanto que los más grandes sí, quienes además lo percibieron con alta satisfacción⁴².

En síntesis, la mayoría de los estudiantes estaban satisfechos y valoraban estar vinculados al programa PAE. El componente sensorial fue el que obtuvo los puntajes más altos en ambos grupos, el organizacional el mejor percibido por los escolares de 5 a 8 años y el social por los estudiantes de 9 a 17 años. Hay aspectos por mejorar especialmente en lo relacionado con la educación nutricional desde los primeros años de escolaridad para ayudar los niños a i) identificar el valor nutricional de los alimentos, ii) eliminar práctica

de botarlos a la basura, iii) indagar sobre los alimentos industrializados que ven en la televisión, y iv) saber ejercer sus derechos y deberes como beneficiarios del programa. Es altamente recomendable fortalecerlos en sus habilidades psicosociales para la vida, las cuales les permitirán tener una mejor interacción con compañeros, docentes, personal del programa y lograr un mayor aprovechamiento del PAE y un mejoramiento permanente del mismo en su calidad a partir de los aportes de quienes reciben el servicio.

Es relevante remarcar que en el país hay baja producción científica sobre el tema, por tanto, es clave incrementar la investigación pues hace parte de las líneas de desarrollo humano y de progreso de Colombia y del Objetivo 2 de Desarrollo Sostenible 2030.

En este contexto, cobra relevancia toda evidencia sólida sobre el PAE en nuestro país, para profundizar el conocimiento sobre elementos esenciales que continúen mejorando y haciendo ajustes en la política pública pertinente, que permitan alcanzar en un mediano plazo mejores estándares de calidad y por ende, mayores beneficios para la población infantil y adolescente de estrato socioeconómico bajo en proceso de formación.

Agradecimientos

Las autoras agradecen al personal directivo en cada institución educativa su confianza y espíritu de colaboración para la recolección de los datos; a las Nutricionistas Dietistas del Instituto Proinapsa, Inés Bueno, Gloria Marconi y Elva Prieto quienes participaron en la coordinación y supervisión del trabajo de campo y al grupo de profesionales que recolectaron los datos para el estudio mediante la aplicación de las encuestas.

Consideraciones éticas

En la realización de esta investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas planteadas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. A los acudientes de los estudiantes se les informó sobre objetivos y beneficios de la investigación, recolección de datos mediante entrevista a los menores, participación voluntaria y libertad de retirar a sus hijos del estudio en cualquier momento; la participación de los menores, se formalizó con la firma del consentimiento informado por el acudiente. A los estudiantes mayores se les solicitó expresar su consentimiento en la reunión presencial luego de recibir

información sobre el estudio, la recolección de datos en encuesta auto diligenciada, responder sus preguntas y remarcar la participación voluntaria. Este estudio corresponde a la categoría sin riesgo de acuerdo con el Artículo 11 de la mencionada Resolución.

Conflicto de intereses

Las autoras no tienen conflicto de intereses que declarar.

Referencias

1. Tembon A, Brooke L, Fernández E. School feeding: a tool for social inclusion. The World Bank. 2015.
2. Bundy DA, Drake LJ, Burbano C. School food, politics and child health. *Public Health Nutr.* 2013; 16(6): 1012-1019. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980012004661>.
3. Cooperación Brasil – FAO. Fortalecimiento de programas de alimentación escolar en el marco de la iniciativa América Latina y Caribe sin hambre 2025. Proyecto GCP/RLA/180/BRA. 2013.
4. Programa Mundial de Alimentos - WFP. Nutrir el Futuro: Programas de Alimentación Escolar Sensibles a la Nutrición en América Latina y el Caribe. Un Estudio de 16 Países. 2017.
5. Ospina S, Gil I. Índices nacionales de satisfacción del consumidor. Una propuesta de revisión de la literatura. *Cuad Admin.* 2011; 24(43): 35-57
6. Schnettler B, Miranda H, Orellana L, Sepúlveda J, Sepúlveda J, Mora M, et al. Variables que afectan la satisfacción con la alimentación según nivel socioeconómico: un estudio exploratorio en el sur de Chile. *Rev Chil Nutr.* 2014; 41(2): 149-155. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000200004>.
7. Rubio G, Rodríguez M S, Uribe ME. Análisis de la percepción de los clientes respecto a la calidad del servicio recibido por parte del personal que atiende en las grandes superficies de la ciudad de Ibagué. *Dimens Empres* 2012; 10(2): 21-31.
8. Colombia - Ministerio de Educación Nacional. Lineamientos técnicos y administrativos, los estándares y las condiciones mínimas del Programa de alimentación escolar – PAE. Resolución 16432; 2015.
9. World Food Program - WFP. Colombia Annual Country Report - Country Strategic Plan April 2017- December 2021.
10. Martínez LI. Los programas de alimentación escolar en América Latina. *Arch Latinoam Nutr.* 2015; 65(Suppl 1): 156.
11. Colombia - Secretaria de Educación Departamental Vaupés. Programa de restaurante escolar. Grado de satisfacción del programa de restaurante escolar; 2014.


12. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas - JUNAEB. ClioDinámica Asesorías, Consultoría e Ingeniería Limitada. Estudio evaluación de la satisfacción de los usuarios del programa de alimentación escolar PAE – JUNAEB. Chile; 2017.
13. Nessier MC, Monsalvo A, Picech V, Pacheco J, Palma V, Martínez MS, et al. Percepción de usuarios del programa de recuperación del niño en riesgo nutricional “Nutrir más” del área urbana de la ciudad de Santa Fe, Argentina. *Rev Chil Nutr.* 2010; 37(1): 51-59. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182010000100005>.
14. Sanabria MC, Frutos D, Preda J, González L, Cornelli P. Adecuación y aceptación de almuerzos escolares en dos escuelas públicas de Asunción. *Pediatr (Asunción).* 2017; 44(2): 126-135. doi: <http://dx.doi.org/10.18004/ped.2017.agosto.126-135>.
15. Jisook J, Youngmee L, Yu-jin O. Comparison of student's satisfaction on school food service environment by eating place and gender. *Nutr Res Pract.* 2009; 3(4): 295-299. doi: <http://dx.doi.org/10.4162/nrp.2009.3.4.295>.
16. Smith S, Cunningham-Sabo L, Auld G. Satisfaction of middle school lunch program participants and non-participants with the school lunch experience. *J Child Nutr Manag.* 2015; 39(2).
17. Franco SM. Aportes de la sociología al estudio de la alimentación familiar. *Luna Azul.* 2010; (31): 139-155.
18. Cheon BK, Hong Y. Mere experience of low subjective socioeconomic status stimulates appetite and food intake. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2017; 114(1): 72-77. doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1607330114>.
19. Vedovato GM, Surkan PJ, Jones-Smith J, Steeves EA, Han E, Trude AC, et al. Food insecurity, overweight and obesity among low-income African-American families in Baltimore City: associations with food-related perceptions. *Public Health Nutr.* 2016; 19(8): 1405-1416. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980015002888>.
20. Arévalo Porras O. Análisis del desperdicio de alimentos en el almuerzo escolar del Colegio Distrital Ciudadela Educativa, una mirada desde las dimensiones de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Trabajo de Grado para obtener título de Magister en Seguridad Alimentaria y Nutricional. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2016.
21. Pikelaizen C, Neumann Spinelli MG. Avaliação do desperdício de alimentos na distribuição do almoço servido para estudantes de um colégio privado em São Paulo, SP. *Rev Univap.* 2013; 19(33): 5-12. doi: <http://dx.doi.org/10.18066/revunivap.v19i33.111>.
22. Colombia - Departamento Nacional de Planeación - Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas. Pérdida y desperdicios de alimentos en Colombia. 2016.
23. Calero S. La comida y la comensalidad como escenarios comunicativos. *Diálogos Comunic.* 2014; 89: 1-24.
24. Trescastro EM, Trescastro S. La educación en alimentación y nutrición en el medio escolar: el ejemplo del Programa EDALNU. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2013. 17(2): e84-e90.
25. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El futuro de la alimentación y la agricultura: tendencias y desafíos. FAO, 2017.
26. Byker C, Banna J, Serrano E. Food waste in the national school lunch program 1978-2015: a systematic review. *Acad Nutr Diet.* 2017; 117(11): 1792-1807. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2017.06.008>.
27. Basso N, Brkic M, Moreno C, Pouiller P, Romero A. Valoremos los alimentos, evitemos pérdidas y desperdicios. *Diaeta.* 2016; 34(155): 25-32.
28. Atik D, Ozdamar Z. Children's perception of food and healthy eating: Dynamics behind their food preferences. *Int J Consum Stud.* 2013; (37): 59-65.
29. Román V, Quintana M. Nivel de influencia de los medios de comunicación sobre la alimentación saludable en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima. *An Fac Med.* 2010; 71(3):185-189. doi: <https://doi.org/10.15381/anales.v71i3.93>.
30. Díaz-Beltrán M. Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Rev Fac Med.* 2014; 62(2): 237-245. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n2.45414>.
31. Aranceta Bartrina J. Influencia de los medios de comunicación en la elección de alimentos y en los hábitos de consumo alimentario. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco; 2015.
32. Bejarano JJ, Suárez LM. Algunos peligros químicos y nutricionales del consumo de los alimentos de venta en espacios públicos. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2015; 47(3): 349-360. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v47n3-201501>.
33. Sevillano ML, Sotomayor A. Publicidad y consumo de alimentos en estudiantes de Huánuco, Perú. *Comunicar.* 2012; 20(39): 177-184. doi: <https://doi.org/10.3916/C39-2012-03-08>.
34. Freire WB, Waters WF, Rivas-Mariño G. Semáforo nutricional de alimentos procesados: estudio cualitativo sobre conocimientos, comprensión, actitudes y prácticas en el Ecuador. *Rev Peru*

- Med Exp Salud Publica. 2017; 34(1): 11-18. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2762>.
35. Torres F, Lutz B. Papel de la industria alimentaria y de la sociedad civil en los comedores comunitarios de SINHAMBRE. Casos de la Montaña y centro de Guerrero. *Espiral*. 2016; 23(67): 239-277.
 36. Paquet C, de Montigny L, Labban A, Buckeridge D, Ma Y, Arora N, et al. The moderating role of food cue sensitivity in the behavioral response of children to their neighborhood food environment: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017; 14:86. doi: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0540-9>.
 37. Maietta OW, Gorgitano MT. School meals and pupil satisfaction. Evidence from Italian primary schools. *Food Policy*. 2016; 62: 41-55.
 38. Fraire M, Longobardi C. Niños a la hora de la comida: un análisis de interacción conversacional. *Int J Develop Educ Psy*. 2008; 1: 261-270.
 39. Corredor J, Romero C. Apuntes lingüísticos, discursivos y pedagógicos sobre la conversación constructiva. *Cuad Ling Hisp*. 2010; 15: 93-108.
 40. Serrano J. Desarrollo de la teoría de la mente, lenguaje y funciones ejecutivas en niños de 4 a 12 años. Universidad de Girona – Tesis doctoral; 2012.
 41. Amaya M, Osorio O. The feeding of adolescents: the place and the company determine the alimentary practices. *Aquichan*. 2011; 11: 199-216.
 42. Kwon SH, Cha M, Kim YK. High school students' satisfaction with foodservice quality is affected by foodservice management type. *Int J Food Sci Nutr*. 2005; 10: 372-377.

Configuración histórica de la discapacidad visual y sus implicaciones para la salud pública

Historical configuration of visual impairment and the implications for public health

María del Pilar Oviedo-Cáceres¹; Samuel Andrés Arias-Valencia²; Andrea Hernández-Quirama³

Forma de citar: Oviedo Cáceres MP, Arias Valencia SA, Hernández Quirama A. Configuración histórica de la discapacidad visual y sus implicaciones para la salud pública. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 50(3): 252-261. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019008> 

Resumen

Las personas con discapacidad, han sido objeto de diferentes miradas que dan cuenta de la manera como históricamente han sido significadas y ubicadas en la realidad social. Este trabajo tiene como objetivo hacer una reflexión con relación a la configuración del constructo de discapacidad visual al interior de los modelos teóricos sobre el tema y las implicaciones que han tenido en la manera como se interviene desde la salud pública. El modelo de la diversidad funcional, así como la interseccionalidad se constituyen en elementos clave que deben ser incluidos en la reflexión del quehacer en la salud pública alternativa, pues permiten hacer un ejercicio comprensivo de la realidad de las personas con diversidad funcional visual, y tener herramientas para superar las discriminaciones y establecer las condiciones para la garantía de sus derechos humanos, aspectos fundamentales desde la mirada política y técnica de la salud pública.

Palabras clave: Personas con discapacidad; baja visión; salud pública.

Abstract

People with disabilities have been subjected to different looks, which account for how historically they have been significant and placed in social reality. This work aims to reflect on the configuration of the visual disability construct within the theoretical models on the subject and the implications that have had on the way in which it is intervened from public health. The model of functional diversity as well as intersectionality are key elements that must be included in the reflection of the work in alternative public health, as they allow to make a comprehensive exercise of the reality of people with functional diversity and having tools to overcome discrimination and establish the conditions for the guarantee of their human rights, fundamental aspects from the political and technical perspective of public health.

Keywords: People with disabilities; low vision; public health.

1. Universidad CES. Medellín, Colombia.

2. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

3. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: María del Pilar Oviedo. Dirección: Calle 10A 22-04. Teléfono: +54 444 0555 Ext 1963. Correo electrónico: oviedoc.maria@uces.edu.co

Introducción

Las personas con discapacidad, han sido objeto de diferentes miradas que en su gran mayoría dan cuenta de la manera como históricamente han sido significadas y ubicadas en la realidad social de los grupos; una significación que va desde la deficiencia, la caridad, la compasión y la lástima, hasta enfoques que buscan la reivindicación del sujeto, con un énfasis en las capacidades, la diversidad de la vida humana y el reconocimiento de sus derechos^{1,2}. Históricamente la discapacidad ha sido analizada desde diferentes aspectos, pasando de una perspectiva relacionada con el castigo divino y la brujería, a enfoques que buscan reivindicar a las personas en su dignidad humana y en sus derechos.

Si bien, se reconoce una evolución de la forma como la sociedad ha venido haciendo la construcción conceptual y social de la discapacidad, se han propuesto enfoques más progresistas, en los cuales el papel activo que desempeñan las personas con discapacidad ha sido fundamental en términos de igualdad y no discriminación; sin embargo, aún persisten miradas limitantes que conviven simultáneamente, lo cual, ha dificultado la superación de esquemas ligados a una historia de beneficencia y caridad³.

La manera como se construye el concepto de discapacidad, tiene un efecto directo en la respuesta social, ya que es diferente la forma como se interviene la situación cuando se interpreta desde el principio de la “normalización” o si se hace desde una perspectiva como la de la “diversidad funcional” en la que se parte de la realidad de la diversidad del ser humano, tanto dentro de su propia vida, como de un ser humano a otro, y considera que ésta es una fuente de riqueza⁴.

Desde la normalización, y teniendo en cuenta las formulaciones realizadas por Foucault⁵, se resalta el hecho de que sobre los cuerpos se inscriben normas de regulación de la existencia; se trata de prescripciones normativas en las que lo “normal” cumple la doble función de señalar una regularidad estadística (el caso mayoritario) y una prescripción moral (lo bueno y adecuado; lo deseable), esto obliga a la homogeneidad, anulando todo aquello que se escape de la norma.

En el caso de las personas con discapacidad, esa naturalización del cuerpo hace que las directrices normalizadoras sean estipuladas por la ciencia médica, de modo que se establece una indisociable

vinculación entre discapacidad y enfermedad, haciendo que la respuesta social esté ordenada en términos de rehabilitación clínica y funcional, desdibujando al individuo³.

Por su parte, desde la diversidad funcional, se reconoce la dignidad intrínseca desde la igualdad del valor de las vidas de todas las personas y extrínseca desde la igualdad de derechos de todos los seres humanos. Esta mirada implica utilizar novedosas aproximaciones que permitan introducir en el corazón del debate bioético, el verdadero sustento de la dignidad intrínseca de las personas que son discriminadas⁴.

De forma tradicional, la discapacidad visual se ha abordado desde una perspectiva biomédica, lo cual se refleja en el constructo que se tiene tanto de la ceguera como de la baja visión, ya que desde este modelo se desconoce e invisibiliza al individuo, sus capacidades, potencialidades y necesidades⁵. En ese sentido, la baja visión, se ha definido como una categoría de deficiencia visual de moderada a grave en la que se presenta una dificultad para percibir luz, forma, tamaño o color de los objetos, en la cual las personas que la padecen experimentan limitaciones para el desarrollo de distintas actividades básicas de la rutina diaria como caminar, salir a la calle, cocinar, realizar pasatiempos, así como el desarrollo de tareas que requieren de la visión, tales como el estudio y el trabajo; trayendo como consecuencia restricciones en la participación del individuo, en el ejercicio de sus derechos, en la producción de ingresos, en la toma de decisiones, en el acceso a los espacios tecnológicos, arquitectónicos, entre otros, generándose así una condición de discapacidad visual⁶. En cuanto a la ceguera, ésta corresponde a aquellas personas con una agudeza visual que va desde 20/400 hasta la No Percepción Luminosa (NPL).

Este artículo tiene como objetivo hacer una reflexión en relación con la configuración del constructo de discapacidad visual al interior de los diferentes modelos teóricos, como el de prescindencia, el médico-biológico o rehabilitador, el social, el biopsicosocial y finalmente el de diversidad funcional y las implicaciones que estos han tenido en la manera como se interviene desde la salud pública. Ofreciendo una contribución al estudio del fenómeno de discapacidad visual para orientar la discusión sobre la necesidad de nuevas herramientas como la interseccionalidad, que permitan trabajar por la garantía de los derechos de las personas con esta condición.

Modelo de prescindencia

Este modelo se sitúa en la antigüedad clásica y en las sociedades griegas, se caracterizó por la consideración de la discapacidad como una situación producto de un castigo divino, según el cual, las personas con esta condición eran concebidas como innecesarias puesto que no contribuían a las necesidades de la comunidad¹⁷. Dentro de este modelo se ubican prácticas que involucran, por un lado, el exterminio, la marginación y la segregación, por otro, la caridad, la lástima y el proteccionismo hacia las personas consideradas como “anormales”⁸. Es así como, en este contexto surgieron modelos eugenésicos y de marginación para las personas con discapacidad visual, los cuales se reflejaban en el abandono de los bebés ciegos; aquellos que lograban sobrevivir o las personas mayores recurrían a la caridad y al ejercicio de la mendicidad como estrategias o medios de subsistencia obligados. Con la influencia de la religión, pasó a considerarse a las personas con discapacidad visual como protegidos por los dioses y portadores de virtudes especiales, pues contaban con una iluminación interior que les ponía en relación directa con el mundo invisible⁹.

Modelo médico-biológico o rehabilitador

Este modelo surge después de la primera guerra mundial y entiende la discapacidad como una anomalía, que no tiene su origen en un castigo divino sino en una imperfección física, psíquica o sensorial, congénita o adquirida, que sitúa a algunos sujetos por debajo de unos niveles considerados como “normales”¹⁰. Teniendo en cuenta sus raíces médicas, la discapacidad bajo este modelo se entiende, ya sea como una condición negativa o deficitaria del sujeto que la padece, o un comportamiento desviado y síntoma de una alteración biológica subyacente.

Desde esta perspectiva, la persona con discapacidad se reconoce como un sujeto enfermo, y por tanto necesita ser rehabilitado mediante la intervención de profesionales médicos para lograr su normalidad; en esta medida, la rehabilitación se enfoca en ocultar o desaparecer la diferencia, y el éxito es valorado en relación con la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir la persona⁷. Como consecuencia, desde las posturas de la medicina clínica es el individuo el que tiene que supeditarse, tanto en el ámbito de la comprensión como en el de su accionar, a los dictámenes del médico, representante del conocimiento y del método científico¹¹.

Uno de los componentes más significativos de este modelo es que la persona asume un rol de enfermo e individuo pasivo sin tenerse en cuenta sus derechos¹². Este modelo se centra en la discapacidad desde el punto de vista de las actividades que la persona no puede realizar, por lo que se produce subestimación con relación a las aptitudes de los sujetos, lo cual ha llevado a producir estigmatización y marginación; mirada que intenta corregir lo que considera el fundamento objetivo de su deficiencia y se refleja en la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) la cual incluye el término “handicap” como minusvalía, dando así un significado negativo o peyorativo, ya que minusvalora a la persona y la sitúa en un grado inferior a las demás¹³. Este acercamiento en relación a la falta de capacidades, se refleja en algunas conceptualizaciones de baja visión en las que se define la condición como “una pérdida irreversible de la visión que impide (seriamente) la capacidad de un individuo para aprender o realizar alguna o todas las tareas habituales y adecuadas a su edad, aunque aún permite algún uso funcional de la visión para las actividades diarias”¹⁴.

Otro aspecto importante a mencionar, tiene que ver con la mirada capitalista al asunto de la rehabilitación, pues ésta se ve como una posibilidad de que los individuos puedan aportar a la comunidad, considerarse rentables y adaptarse a las demandas del entorno una vez logren la normalización de sus funciones, de tal manera que es la persona con discapacidad la que tiene dificultades para realizar actividades, lo que le obstaculiza desempeñar un rol social de acuerdo con las expectativas normativas del medio¹. En este sentido, las definiciones de discapacidad desde el modelo médico-biológico se enfocan en la deficiencia como el factor que determina la condición de discapacidad, al subrayar las restricciones o pérdidas presentes en la persona que afectan su capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado como normal¹⁵.

La mirada orgánica que reconoce la discapacidad visual en el cuerpo, permanece arraigada en escenarios académicos, normativos y sociales, prueba de esto es la denominación que se daba a la condición, según la cual, una persona que no tenga los estándares visuales establecidos se clasificaba bajo un diagnóstico de “visión subnormal” el cual fue incluido en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1990, aunque después, este término y el de baja visión fueron removidos de la clasificación en el año

2009 y reemplazados por discapacidad visual moderada y severa^{16,17}. En el contexto de este modelo, la atención sanitaria se considera primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud, limitando el accionar de las mismas a aspectos preventivos con el objeto de evitar las causas y/o disminuir las consecuencias de la discapacidad, privilegiando la rehabilitación, pues lo que se busca es ajustar a la persona a parámetros sociales a través del manejo de un profesional que trata, cambia y “mejora” la persona como objeto¹⁸. Para el caso específico de las personas con discapacidad visual en el marco de este modelo, la rehabilitación tiene como objetivo dotar a las personas de todo tipo de técnicas, estrategias y recursos que les permitan realizar las actividades cotidianas, participando de forma activa en cualquier entorno (educativo, laboral, cultural, de ocio, etcétera) para conseguir una integración social normalizada; dicha rehabilitación varía en general en el tiempo de entrenamiento con cada paciente, de acuerdo con el tipo de ayudas ópticas que necesiten para cada actividad y a la visión residual funcional que tengan¹⁹.

Modelo social

Este modelo surge los años 60, como consecuencia de las luchas por la vida independiente y ciudadanía o derechos civiles para las personas con discapacidad; de manera tal que deja de ser entendida como una anomalía de la persona y comienza a ser contemplada como una anomalía de la sociedad. En este sentido, la discapacidad es producto, de la manera en la que se han construido el entorno, los productos y los servicios e incluso, de la manera en la que se ha concebido al propio ser humano. Bajo esta mirada, las causas que la originan no obedecen a asuntos religiosos o clínicos, sino más bien situaciones sociales, reconociendo que los sujetos pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas diferentes¹.

En este modelo se defiende que la concepción de la discapacidad es una ‘construcción social’ impuesta, y plantea una visión de las personas con discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales de la salud y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico²⁰. Robert Scott en una obra realizada desde la antropología, señala que la experiencia de la ceguera es construida y aprendida culturalmente, y que la profesión médica posee un papel nodal en la imputación y reproducción de la dependencia²¹. Los

principios de este modelo permearon la definición de la discapacidad promovida en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) de la Organización de las Naciones Unidas, como “Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”, constituyéndose en el primer documento internacional que supone un cambio de paradigma en las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad¹.

Los argumentos de este modelo, proponen que la discapacidad nace de la interacción de una persona con un medio ambiente particular, en el cual se evidencian las limitaciones o desventajas que definen su estatus. Bajo esta perspectiva, es el medio social el que no ha tenido la capacidad de dar respuestas a las necesidades de la persona; motivo por el cual se plantea la importancia que tiene la sociedad de organizarse para eliminar las barreras físicas y actitudinales, de manera que el efecto de las deficiencias no vaya más allá del ámbito fisiológico de la persona con discapacidad¹⁵. Así mismo se encuentra íntimamente relacionado con los derechos humanos y aspira a potenciar el respeto por la dignidad, la igualdad y la libertad, propiciando la accesibilidad universal y proponiendo una alternativa de carácter más político que científico, defendiendo el derecho de las personas con discapacidad de convertirse en sujetos sociales y económicamente activos, cuya opinión debe ser tenida en cuenta a la hora de elaborar políticas de inclusión. Es importante mencionar que ha tenido mayores desarrollos en las personas con discapacidad física y auditiva, sin embargo, en el ámbito de la discapacidad visual, ha sido poco explorado⁸.

Modelo bio-psicosocial

Surge en 1977, e intenta una lograr una integración coherente de los componentes del modelo médico y del modelo social desde una perspectiva biológica, individual y social, basada en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente²². Un aspecto diferenciador tiene que ver con que la discapacidad no es vista como una característica de algunos grupos sociales, sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre el estado de salud y los factores contextuales²³. Las críticas conceptuales y prácticas al modelo médico, cuya traducción fue la CIDDM de 1980, movieron a la OMS a revisar su clasificación y su definición de discapacidad

con el propósito de armonizar la aproximación médica y la aproximación social. El resultado de esta síntesis es la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF 2001).

El cambio de enfoque es perceptible: desde una clasificación de consecuencias de enfermedades (CIDDM 1980) a una clasificación de “componentes de salud” (CIF 2001) de aplicación universal, válida para todas las personas y no sólo para las personas con discapacidad, e integrando aspectos biomédicos y sociales²⁴. Las implicaciones de esta concepción pasan por la utilización de un lenguaje neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad. Así, bajo este modelo, la discapacidad no es atributo de la persona, sino un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social; por lo tanto el manejo del fenómeno requiere la actuación social, y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social²⁵. En consecuencia, la discapacidad deja de ser una categoría meramente negativa, pues presenta rasgos que obligan a considerar a la persona a partir de sus capacidades y su actuación o funcionamiento, a la mejora e incremento de tales posibilidades de actuación y a la adquisición de otras mediante adecuados sistemas de apoyo.

Como modelo holístico de salud y enfermedad, considera al individuo un ser central que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales, pues cada sistema influye en los otros y a su vez está influido por los demás. Se enfatiza en la importancia de la expresión y la participación plena en todos los contextos ambientales capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad y, por tanto, su manejo requiere de la participación de otros¹². En este sentido, toda intervención bajo este modelo, debe estar enfocada en el abordaje de las tres esferas que le dan su denominación para garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de la deficiencia, trastorno o enfermedad²⁵. Esta clasificación, aporta un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente, que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad, utilizando una visión universal de la discapacidad²⁶. En sincronía con esta posición, la Asociación Americana de Optometría, realiza un acercamiento al hablar de discapacidad visual como una deficiencia en el funcionamiento de los ojos o del sistema visual que limita la independencia

personal o socioeconómica, dado que la condición interfiere de forma significativa en las habilidades que otorgan independencia a persona, entre ellas las que le permiten realizar actividades de la vida diaria o su desplazamiento con seguridad²⁷.

El modelo de la diversidad

Este modelo surge en el año 2006 en España, al interior del colectivo de personas con discapacidad y su derecho a decidir quiénes son por sí mismos, a no ser lo que el calificativo que se les atribuye pretende denotar: discapacitados, personas sin capacidad o capacidades²⁸. Insiste en la discapacidad como rasgo que configura decisivamente la identidad personal y proporciona un sentido de pertenencia; la valora de forma positiva como circunstancia que enriquece la identidad de nuestras sociedades: Por tanto, esta condición no impide vivir con plenitud y satisfacción pues se trata únicamente de vivir de una manera diversa²⁴.

Este modelo, parte de una postura basada en los Derechos Humanos y propone a su vez un imprescindible cambio terminológico que modifica los términos vinculados a la valía o la capacidad tales como minusválido o discapacidad, y defiende el uso de nuevas expresiones: mujeres y hombres discriminados por su diversidad funcional o, más corto, personas con diversidad funcional⁴. Lo anterior, no implica un simple cambio de nombre, sino un proceso de resemantización activista, de crítica, denuncia y deconstrucción de lo que crean las actuales palabras, sustituyéndolas por otras que digan nuevas cosas para generar así nuevas representaciones y relaciones²⁹.

Desde este modelo se indica el hecho de que las personas con diversidad funcional tienen un desenvolvimiento cotidiano diferente al que se considera usual; no obstante, más allá de la denotación, también incorpora el sentido de que esa funcionalidad diversa implica discriminación y que no es la peculiaridad fisiológica, sino el entorno social el que la produce; por tanto, las personas no tienen deficiencia, sino diversidad, de lo cual se deduce que lo que sufren no es discapacidad, sino marginación e injusticia debido a su diversidad. La clave ya no es la capacidad, sino la dignidad del ser humano de tipo extrínseca (relacionada con los derechos y las condiciones de vida de las personas) e intrínseca (relacionada con el valor de la vida de las mujeres y los hombres) y no se habla de normalidad sino de diversidad, la cual se refleja en la propia sociedad actual, diversidad funcional, cultural, religiosa, sexual, de género, étnica, de edad²⁸.

Implicaciones de los modelos de discapacidad desde la salud pública

Abordar el fenómeno de la discapacidad visual desde las posturas anteriormente expuestas tiene implicaciones en el marco de la salud pública, pues, así como la discapacidad ha sido concebida de forma distinta a lo largo de la historia, la salud pública también ha tenido unas dinámicas y corrientes específicas en las que se identifican la tradicional y la alternativa, la cual responde a posturas críticas con aportes latinoamericanos. La salud pública tradicional en términos de Granda¹⁵ es considerada como la enfermología pública, pues parte del presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte para explicar la salud; el método positivista para explicar el riesgo de enfermar, el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social y finalmente el poder del Estado para asegurar la prevención de la enfermedad. Bajo esta mirada, la salud pública permanece primordialmente en el campo de la enfermedad sin trascender hacia el de la salud, se aborda la temática desde un enfoque rehabilitador dado que se entiende la discapacidad como un asunto que está en el cuerpo, que es asumido como enfermedad, por lo cual se configura como un diagnóstico médico y una desviación individual de la normalidad en el funcionamiento humano.

En esta vía, se reconocen los aportes clínicos para el manejo de las implicaciones de la discapacidad visual, y la utilización de la visión residual, que permiten a la persona ajustar y desarrollar habilidades compensatorias para mejorar su funcionalidad, tales como la prescripción de dispositivos técnicos de apoyo como lupas, telescopios, entre otros, que contribuyen a disminuir el impacto negativo de esta condición en el desarrollo de funciones relacionadas como la lectura, la movilidad, el acceso a la información entre otras^{30,31}. Sin embargo, esta concepción eminentemente biológica, permite dilucidar la razón por la cual la salud pública tradicional se ha quedado limitada para dar respuesta a problemas de salud propios de la realidad cambiante y compleja de las personas con discapacidad visual y de sus situaciones cotidianas, pues se ha abordado desde la perspectiva higienista, desde el discurso biomédico y de la epidemiología clásica, centrándose por tanto en la enfermedad y su rehabilitación³².

En la salud pública tradicional, la respuesta a la discapacidad visual, ha sido la formulación de políticas y planes destinados a mejorar el acceso a servicios de atención ocular en los niveles primarios para la detección y en niveles de complejidad mayor para

cirugía y rehabilitación, así como la generación de programas de prevención y educación con un enfoque individual³³. Desde este enfoque de la salud pública, el acento se encuentra en el papel del Estado y en la prestación de servicios de atención médica mediante un modelo de mercados, el cual para el contexto de las personas con discapacidad visual es un escenario que genera serias implicaciones; un aspecto crítico tiene que ver con el mecanismo de vinculación, pues en muchas oportunidades, no pueden aportar en el marco de los sistemas de salud basados en aseguramiento y por tanto por capacidad de pago, por no estar vinculados a ninguna actividad productiva, pero tampoco pueden acceder programas sociales, ya que viven y dependen de familias que, en algunos casos, no son consideradas en la categoría de pobreza extrema.

Entender la discapacidad visual desde una perspectiva eminentemente biomédica es claramente limitante y desdibuja no solamente al sujeto sino a los aspectos contextuales y sociales que tienen una relevancia significativa en la consecución de una vida digna; pues sin duda ésta es más contextual que individual, lo que demanda acciones orientadas más hacia la inclusión social y no solamente hacia la atención clínica³⁴.

En este sentido, es importante hacer una reflexión en torno a la tendencia existente en Colombia, en relación a la implementación de modelos de intervención en discapacidad visual enfocados desde un modelo biomédico y en algunos contextos desde la caridad o filantropía, los cuales no son suficientes para la transformación y mejoramiento de la vida de las personas³⁵. Es necesario dar un giro al abordaje desde una perspectiva de la salud pública alternativa, en la cual, retomando a Granda se hace necesaria la reflexión alrededor de la salud y no solo sobre la enfermedad, acercándose a la metáfora del “poder de la vida”, lo que implica comprender la salud pública desde la vida misma y no desde el cálculo del riesgo que ocurre por fuera y antes de que la “máquina corporal” enferme, esto implica visitar propuestas teóricas y metodológicas diversas de las recomendadas por la epidemiología, por tanto, se invita a escuchar con más atención las voces de los movimientos sociales para reconstruir la salud pública con mayor pertinencia; al hacerlo, se podría por tanto conformar una respuesta un tanto diferente³⁶.

Por tanto, los postulados propuestos por el modelo de diversidad funcional se hacen pertinentes en este contexto, en el cual se reivindique el lugar del sujeto, acercándose a sus circunstancias particulares de vida, haciendo así una reflexión en la cual la discapacidad

deje de ser un diagnóstico para convertirse en una categoría social que exige ser analizada desde otras orillas, desde los derechos humanos, reconociendo a la persona en su dignidad humana, concibiéndola en su multidimensionalidad. En este sentido se retoma la postura de Franco quien hace un llamado a romper la disciplinariedad médica en la que ha estado amarrada la salud pública, para dejar de lado la construcción de saberes eminentemente paraclínicos y por el contrario se puedan configurar prácticas que den respuesta a las necesidades integrales que en salud demanda la población¹⁸.

Interseccionalidad como una herramienta para abordar el fenómeno desde la salud pública alternativa

La interseccionalidad de género surge como una postura de las corrientes de la teoría crítica, la cual propone formas generales de vida más humanas, que luchan porque las diferencias no se transformen en inequidades. Desde la perspectiva de Granda, los movimientos generados a partir de las corrientes feministas, buscan construir sujetos que puedan integrar en su vida su “yo” con todo su recuerdo cultural, pero también puedan ver al otro, construir un nosotros y luchar contra la opresión³⁶. Este enfoque en el marco de la diversidad funcional, permite hacer una crítica a la forma como se han enfrentado tradicionalmente los problemas de salud-enfermedad-atención, reconociendo las diferencias entre el hombre y la mujer.

La interseccionalidad es una perspectiva teórico-metodológica que busca identificar de qué manera la intersección de las estructuras sociales (género, sexualidad, raza, nacionalidad, clase y discapacidad) generan situaciones de discriminación complejas que se mantienen y reproducen tanto en el nivel estructural, como político y discursivo³⁷. Por tanto, la interseccionalidad quiere decir que varias formas de discriminación relacionadas con distintas capas de identidad pueden confluír para crear nuevas formas de discriminación, que son únicas. Este concepto fue acuñado en 1989 por la abogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw en el marco de la discusión de un caso concreto legal, con el objetivo de hacer evidente la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras negras de la compañía estadounidense General Motors³⁸. Si bien tiene surgimiento en el contexto jurídico, gracias al trabajo de la socióloga Patricia Hill Collins, el concepto de ha traspasado las fronteras disciplinares del derecho llegando a la sociología y a todas las disciplinas de las

ciencias humanas y sociales, por lo cual se considera como una de las contribuciones conceptuales más importantes de la teoría feminista en los últimos 25 años. La interseccionalidad se puede definir como una perspectiva que se centra en las desigualdades sociales y analiza las interacciones entre estructuras sociales, representaciones simbólicas y procesos de construcción de la identidad que son específicos de cada contexto e inextricablemente vinculados a la praxis política³⁹.

Uno de los principales alcances de este enfoque es que se aleja de cualquier tipo de generalización y propone un nuevo orden de complejidad para entender de qué manera el sexo y el género se interrelacionan con otras dimensiones de inequidad social, en contextos históricos y geográficos específicos, de los cuales los individuos forman parte para crear experiencias únicas en las áreas de salud. En ese sentido, hablar de interseccionalidad no se reduce a la suma de condiciones de vulnerabilidad sino de la relación dinámica entre los determinantes sociales, el sujeto y su contexto histórico y cultural⁴⁰. Por tanto, emerge como un camino coherente para la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención, además permite reconocer que las experiencias interseccionales de discriminación están asociadas al estado de salud de la población.

La interseccionalidad ha sido fundamental en la medida en que ha servido para visibilizar violaciones de derechos humanos que antes no se detectaban porque se analizaba la discriminación solamente desde una perspectiva como, por ejemplo, la etnicidad, el color de la piel, el género, la diversidad funcional, la orientación sexual o la edad. Por tanto, permite mostrar la interconexión y contextualidad de las relaciones de poder que configuran la estructura social, permite abogar por la justicia social como parte de un esfuerzo más amplio que incluye la crítica al status quo y la mejora de las condiciones de vida de las personas más marginadas y oprimidas³⁹.

Desde la salud pública alternativa y retomando a Granda, se hace necesario escuchar con más atención las voces de los movimientos sociales y en este caso de las corrientes surgidas por los movimientos feministas y su enlace con la diversidad funcional, para reconstruir una salud pública con mayor pertinencia; lo cual permitiría conformar una respuesta diferente a la que tradicionalmente se ha dado, acercándose así un poco a la metáfora del “poder de la vida”³⁶. El llamado es a actuar sobre la salud y la vida de las personas con diversidad funcional visual, y no solamente sobre la deficiencia biológica ocular, a entender la diversidad

como producción social, enmarcada en una realidad histórica y sociocultural concreta, lo que implica que el centro del quehacer deje de ser la intervención sobre las funciones corporales, sino el sujeto en su entramado histórico y en su contexto, teniendo como presupuesto filosófico-teórico la salud y la vida, utilizando métodos variados que permitan ser capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras; concebiendo al ser humano como ser holístico e integral. El punto de encuentro de la interseccionalidad y la salud pública está entre otros, en el entrecruzamiento de los diferentes ejes de discriminación y su impacto, traducidos en inequidades en salud que viven las personas con diversidad funcional visual, por tanto la salud pública debe generar una postura crítica sobre cómo los sujetos viven, para aportar a su transformación y reducir las inequidades en salud, siendo la mirada interseccional pertinente para dicho fin⁴¹.

Conclusiones

La discapacidad ha sido históricamente abordadas desde un enfoque biomédico-rehabilitador, lo cual, ha tenido consecuencias muy importantes en la percepción actual de la sociedad sobre las mujeres y hombres con esta condición. El impacto más importante viene de la taxonomía basada en la percepción médica de la misma, es decir, en función de la patología o la diferencia funcional de un individuo concreto⁴². Pese a lo anterior, se constituyen en categorías sociales, situadas históricamente que requieren de una reflexión que se distancie de estos abordajes y es en este contexto que el modelo de la diversidad funcional y sus principios de reivindicación de la dignidad humana y de los derechos humanos se constituyen en elementos claves que deben ser incluidos en la reflexión del quehacer en la salud pública alternativa, pues hablar desde la orilla de la diversidad funcional, permite dejar de considerar la persona como objeto de medidas asistenciales, de beneficencia o caridad y reconocerles como sujeto de derechos, abriendo caminos y dando luces para la búsqueda de la equidad y horizontes orientados al bienestar de este colectivo³.

En este sentido, el enfoque de la interseccionalidad⁴³, permite un acercamiento a la experiencia de las personas con diversidad funcional, dando elementos para la comprensión de las marginaciones que viven, y permite romper con los paradigmas hegemónicos de normalización del cuerpo o del saber, y hacer visibles las opresiones, las relaciones de poder y de dominación que han existido históricamente, lo cual hace posible no solo develar las desigualdades y discriminaciones

sino a su vez generar saberes situados que reconocen al individuo y sus experiencias únicas que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad⁴⁴. Por tanto el enfoque de la interseccionalidad, permite la reivindicación del sujeto gracias al acercamiento a la comprensión desde una mirada de “abajo hacia arriba”, dando cuenta de los distintos elementos que influyen en la vida de las personas con diversidad funcional visual y comprendiendo cómo determinadas políticas y prácticas configuran sus vidas. Lo anterior, demanda un nivel de mayor complejidad en la identificación de las desigualdades que actúan sobre las personas con diversidad funcional visual, en tanto permite comprender a través de las diferentes relaciones que se establecen entre las mismas, cuál es el espacio social que ocupan, cuáles son sus posibilidades de reacción y si los recursos de las administraciones potencian la igualdad o por el contrario perpetúan la desigualdad^{38,45,46}.

La articulación de la interseccionalidad con las posturas de la salud pública alternativa, permite no solamente hacer un ejercicio comprensivo de la realidad de las personas con diversidad funcional visual, sino que también permite tener herramientas para poder superar las discriminaciones, ver íntegra la complejidad y especificidad de los asuntos de los derechos de las personas y establecer las condiciones necesarias para la garantía de sus derechos humanos, aspecto fundamental desde la mirada política y técnica de la salud pública.

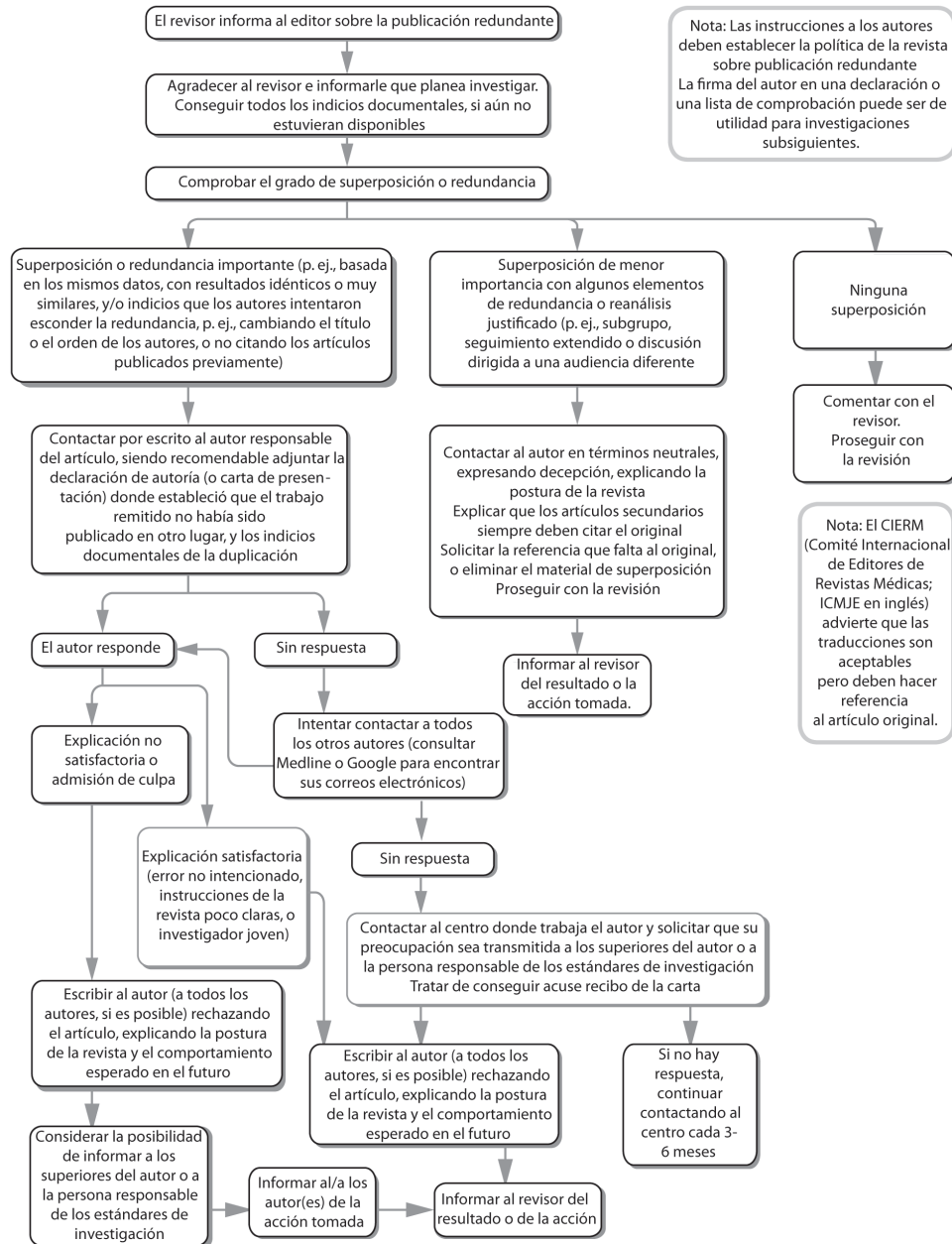
Referencias

1. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Primera Edición. Madrid: Grupo editorial CINCA; 2008. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3624>.
2. Morales Aguilera P, Vallés González B. Discapacidad y reconocimiento: reflexiones desde el prisma de Axel Honneth. *Dilemata*. 2013; 13: 189-208.
3. Hernández Ríos MIH. El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Rev CES Derecho*. 2015; 6: 46-59.
4. Romañach J, Palacios A. El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios Rev Sociológica Pensam Crít*. 2008; 2(2). <http://www.intersticios.es/article/view/2712>.
5. Universidad Nacional de Colombia. Salud pública y discapacidad. Primera Edición. Bogotá; 2008. <http://www.uneditorial.com/salud-publica-y-discapacidad-salud-publica.html>.

6. Guisasola, L. Informe de la salud visual en Sudamérica 2008 — Cátedra UNESCO de salud visual y desarrollo — UPC. Universitat Politècnica de Catalunya; 2008. <https://unescovision.upc.edu/es/materiales/materiales-de-la-catedra/investigacion/savim/informe-de-la-salud-visual-en-sudamerica-2008/view>.
7. Cabrero JR, Rizzo AP. El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios Rev Sociológica Pensam Crít.* 2008; 2(2). <http://www.intersticios.es/article/view/2712>.
8. Ale A. Convivencia paradójica de paradigmas de discapacidad. *+E Rev Ext Universitaria.* 2014; 4(4): 22-27. doi: <https://doi.org/10.14409/extension.v1i4.4585>.
9. Montoro J. Los ciegos en la historia. Madrid; 1992.
10. Lizama VV. Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Rev Empresa Humanismo.* 2012; 15(1): 115-136.
11. Granda E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Rev Cuba Salud Pública.* 2004; 30(2).
12. Céspedes GM. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichán.* 2005; 5(1): 108-113.
13. Villanueva López C, Eusebio Leyba J, Peralta Sánchez V. Las clasificaciones de la enfermedad y la discapacidad de la OMS. 2005; 27(5): 274-283. doi: [https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(05\)73450-7](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(05)73450-7).
14. Van Dijk K, Kishiki E, Courtright P. Atención de la baja visión en África: enfoques prácticos para los servicios clínicos y la participación y planificación educativa. 2014. https://www.iapb.org/wp-content/uploads/ESPANOL_FINAL.pdf.
15. Rojas LA. Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Rev Costarric Psicol.* 2013; 32(1): 63-74.
16. World Health Organization, ed. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. [10a rev.]. Washington, D.C: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995.
17. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2001. <https://www.who.int/classifications/icf/en/>.
18. Franco Agudelo S. Teoría y práctica de la salud pública. *Rev Fac Nal Salud Pública.* 1995; 12(2): 63-76.
19. Minto H, Awan H. Establishing low vision services at secondary level. *Community Eye Health.* 2004; 17(49): 5.
20. Verdugo Alonso MA. La concepción de discapacidad en los modelos sociales (SID). *Inv Innov Cambio.* 2003; 235-247.
21. Ferrante C. Usos, posibilidades y dificultades del modelo social de la discapacidad. *Rev Inclusiones.* 2014; 1(3): 31-55.
22. Padilla-Muñoz A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Int Law Rev Colomb Derecho Int.* 2010; 16: 381-414. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=82420041012>.
23. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública.* 2009; 83: 775-783. doi: <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000600002>.
24. Seoane JA. ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora Pap Filosofía.* 2011; 30(1): 143-161. <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/7386>.
25. Vanegas García JH, Gil Obando LM. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia Promoc Salud.* 2007; 12: 51-61.
26. Jiménez Buñuales MT, Paulino González D, Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76(4): 271-279.
27. Coco Martín MB, Herrera Medina J, de Lazaro Yagüe JA, Cuadrado Asencio R. Manual de baja visión y rehabilitación visual. Ed Médica Panamericana; 2015.
28. Rodríguez Díaz S, Ferreira MA. Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad. *Cuad Relac Laborales.* 2010; 28(1): 151-172.
29. Animas Brugué J. ¿Discapacidad o diversidad funcional? Siglo Cero *Rev Esp Sobre Discapac Intelect.* 2015; 46(2): 79. doi: <https://doi.org/10.14201/scero20154627997>.
30. Chiang PP, O'Connor PM, Le Mesurier RT, Keeffe JE. A global survey of low vision service provision. *Ophthalmic Epidemiol.* 2011; 18(3): 109-121. doi: <https://doi.org/10.3109/09286586.2011.560745>.
31. Lam N, Leat SJ. Barriers to accessing low-vision care: the patient's perspective. *Can J Ophthalmol.* 2013; 48(6): 458-462. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cjjo.2013.02.014>.

32. Valencia M. Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2011; 29(1): 85-93.
33. Organización Mundial de la Salud. Ceguera y discapacidad visual. World Health Organization. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
34. Victoria Maldonado JA. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Bol Mex Derecho Comp*. 2013; 46(138): 1093-1109.
35. Oviedo Cáceres MP, Hernández M, Ruíz M. Baja visión en Colombia: una situación invisible para el país. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015; 33(1): 22-30.
36. Granda, Edmundo. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2000; 18(2): 83-100.
37. La Barbera, María Caterina. Interseccionalidad. *Eunomía Rev En Cult Leg*. 2017; 12: 191-198. doi: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2017.3651>.
38. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Fem*. 2016; 52: 1-17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>.
39. La Barbera MC. Interseccionalidad, un “concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. *Interdisciplina*. 2016; 4(8): 105-122. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2016.8.54971>.
40. Mora-Ríos J, Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Ment*. 2014; 37(4): 302. doi: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.035>.
41. González RG. Interseccionalidad y salud pública en el ámbito de las relaciones erótico-afectivas entre adolescentes en Colombia. *Athenea Digit Rev Pensam E Investig Soc*. 2018; 18(3): 2070. doi:10.5565/rev/athenea.2070.
42. Palacios A, Romañach J. El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. *Diversitas*; 2006. <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/9899>.
43. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum*. 2015; 1989(1). <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
44. Symington S. Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos Las Mujeres Cambio Económico*. 2004; 9.
45. Molina CE. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investig Fem*. 2013; 3(0): 203-222. doi: https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146.
46. Gómez Bernal V. Análisis de la discapacidad desde una mirada crítica: Las aportaciones de las teorías feministas. *Estud Pedagógicas Valdivia*. 2014; 40(2): 391-407. doi: <https://doi.org/10.4067/S0718-07052014000300023>.

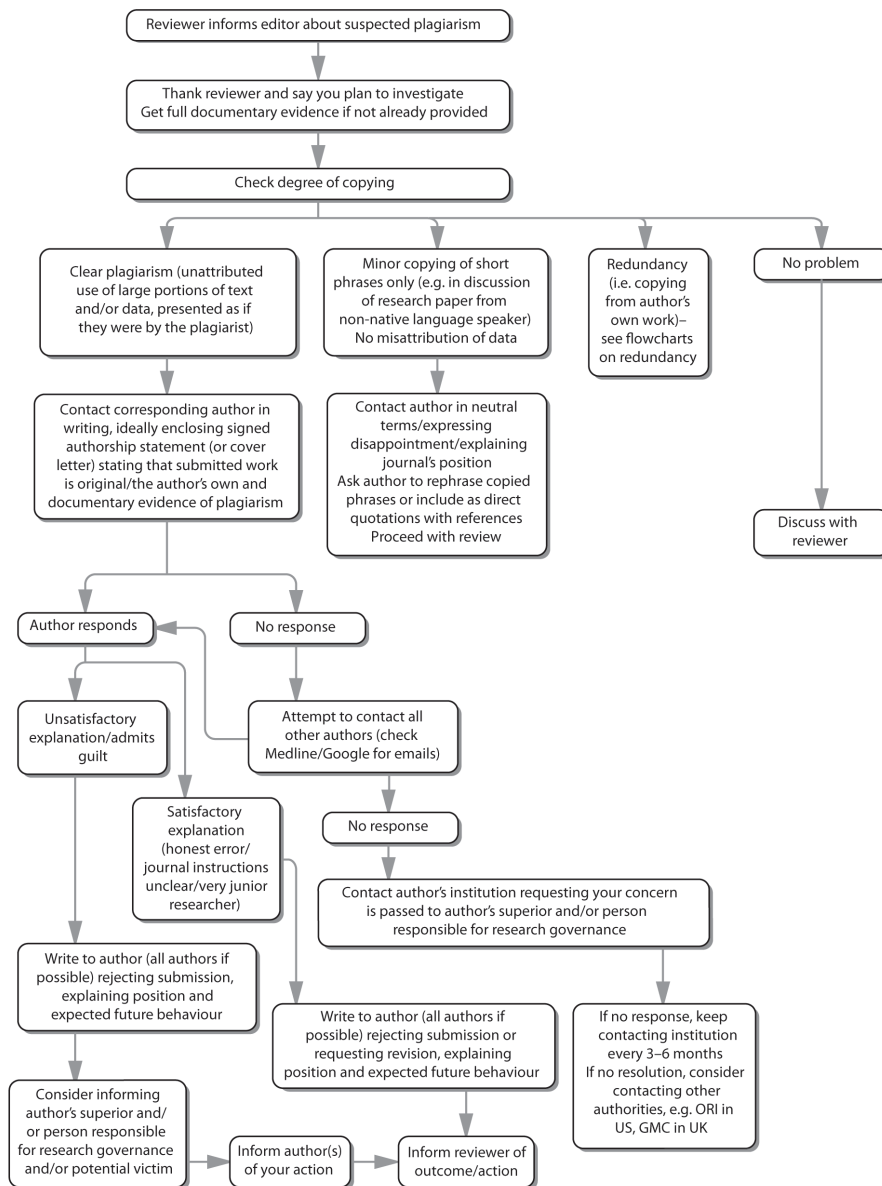
1. Qué hacer si sospecha que una publicación es redundante o duplicada





What to do if you suspect plagiarism

(a) Suspected plagiarism in a submitted manuscript



Note: The instructions to authors should include a definition of plagiarism and state the journal's policy on it

Developed for COPE by Liz Wager of Sideview (www.lizwager.com) © 2013 Committee on Publication Ethics First published 2006

A non-exclusive licence to reproduce these flowcharts may be applied for by writing to: cope_administrator@publicationethics.org

Indicaciones a los autores

1. Acerca de la revista

La Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, conocida como Salud UIS, es una publicación científica del área de salud de la Universidad Industrial de Santander. Su misión es divulgar trimestralmente a escala local, nacional e internacional, la producción intelectual y literaria de los resultados investigativos del área de la salud y ciencias afines. La audiencia de esta Revista la conforman profesionales de la salud: fisioterapeutas, bacteriólogos, enfermeros, médicos, nutricionistas, odontólogos, veterinarios, administradores de salud, psicólogos, investigadores del área básica, clínica, salud pública, entre otros. Salud UIS dará prioridad a los artículos que aporten significativamente al conocimiento y que sean de interés a más de un grupo de profesionales de la salud. Uno de los objetivos de la revista es responder a la mayor brevedad a los autores con el fin de que sus trabajos sean conocidos oportunamente por la comunidad. Esta revista es de libre acceso y la publicación de artículos no tiene costo para los autores.

2. Acerca de los manuscritos

Los trabajos deberán ser inéditos y suministrados exclusivamente a Salud UIS, que reserva todos los derechos de edición, programación, impresión o reproducción (copyright) total o parcial del material. Si el autor desea publicar lo ya aparecido en la revista, requerirá autorización escrita del Editor. Las opiniones de los autores son de su exclusiva responsabilidad y no representan los criterios de la Revista de Salud UIS, ni de la Universidad Industrial de Santander. El manuscrito deberá acompañarse de una carta en la cual se otorga permiso para reproducir texto, figuras o cualquier otro material que tenga reserva de derechos, en texto físico e Internet. En los Casos Clínicos se solicitará el aval de la Unidad Académica o entidad donde fue realizado el trabajo, además del consentimiento informado en los casos que aplique.

2.1 Categorías de los Manuscritos

Los manuscritos podrán remitirse en español, inglés o portugués. Cuando éste sea en español o en portugués, deberá incluirse un resumen en inglés; si está en inglés o portugués, deberá incluir adicionalmente un resumen en español. Salud UIS considerará para publicación las siguientes categorías de manuscritos:

Artículo de Investigación e Innovación:

Documento que presenta la producción original e inédita, resultado de procesos de investigación, reflexión o revisión. En esta categoría están artículos de estudios en ciencias básicas, epidemiológicos, cualitativos y mixtos (cuantitativos

y cualitativos), así como los desarrollos de innovación tecnológica. Su extensión debe ser entre 2000 y 3500 palabras en el texto principal, excluyendo título, resumen, abstract, referencias, tablas y figuras. Puede tener máximo cinco tablas y/o figuras. Los estudios cualitativos o mixtos podrán tener una extensión hasta de 5000 palabras y máximo de 30 referencias.

Artículo de revisión:

Documento fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no, sobre un campo de ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se incluyen en esta categoría las revisiones sistemáticas, los metanálisis y metasíntesis, que siempre incluirán las secciones de introducción, metodología, resultados y discusión. Debe contener al menos 50 referencias bibliográficas. Su extensión debe ser entre 3000 y 4000 palabras en el texto principal, excluyendo título, resumen, abstract, referencias, tablas y figuras. Puede tener máximo cinco tablas y/o figuras.

Artículo corto (comunicación breve):

Divulgación rápida de resultados originales preliminares o parciales de una investigación en temas de interés científico de interés de la comunidad, incluyendo los estudios de brote epidemiológico. Estos deberán acompañarse de un resumen no estructurado con máximo 150 palabras. Su extensión debe ser entre 1000 y 1500 palabras en el texto principal, excluyendo título, resumen, abstract, referencias, tabla o figura. Puede tener máximo dos tablas y/o figuras y máximo 20 referencias.

Reporte de casos clínicos o de importancia en salud pública:

Ejemplos de casos clínicos de enfermedades que destacan alguna particularidad o señalan un hallazgo especial de las mismas, con una revisión breve y pertinente de literatura. Se sugiere que los autores antes del envío revisen el cumplimiento total de las guías CARE (The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development, disponibles en <http://www.equator-network.org/>), ya que su incumplimiento será motivo inmediato de no aceptación. También se incluyen en esta categoría los reportes de hechos de importancia en salud pública. Su extensión debe ser máximo de 2500 palabras en el texto principal, excluyendo título, resumen, abstract, referencias, tablas o figuras. Puede tener máximo dos tablas y/o figuras, y un máximo de 20 referencias.

Revisión de tema:

Resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular, estos serán solicitados directamente por el Comité Editorial a autores de reconocido prestigio en el

tema. Como norma general no se aceptarán revisiones de tema por iniciativa de los autores; sin embargo, se recibirán sugerencias de temas para lo cual los autores podrán enviar una comunicación indicando la importancia del tema para todos los profesionales de la salud en su conjunto, y no sólo para una profesión o disciplina en específico. Deberá incluir resumen, introducción al tema y una subdivisión de los temas tratados. Se aconseja la inclusión de tablas y figuras. Su extensión debe ser entre 3000 y 4000 palabras en el texto principal, excluyendo título, resumen, abstract, referencias, tabla o figura. Puede tener máximo cinco tablas y/o figuras.

Cartas al editor:

Posiciones críticas o analíticas sobre los documentos publicados en la Revista, que a juicio del Comité Editorial constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Su extensión máxima es de 500 palabras y no debe tener tablas y/o figuras.

Ensayo:

Manuscrito literario, filosófico o científico que presenta la opinión sustentada del autor sobre un tema específico de actualidad. Serán solicitados directamente por el Comité Editorial a autores de reconocido prestigio en el tema. Como norma general no se aceptarán ensayos por iniciativa de los autores; sin embargo, se recibirán sugerencias de temas para lo cual los autores podrán enviar una comunicación indicando la importancia del tema para todos los profesionales de la salud en su conjunto, y no sólo para una profesión o disciplina en específico. Su extensión debe ser entre 2000 y 3000 palabras en el texto principal, excluyendo título, resumen, abstract, referencias, tabla o figura. Puede tener máximo dos tablas y/o figuras.

Nota técnica:

Describe en detalle una técnica de laboratorio novedosa o modificaciones realizadas a una ya establecida, enfatizando las ventajas que tiene el procedimiento o la innovación desarrollados. Su extensión debe ser entre 1000 y 1500 palabras en el texto principal, excluyendo título, resumen, abstract, máximo 20 referencias, tabla o figura. Puede tener máximo dos tablas y/o figuras.

2.2 Preparación de Manuscritos

General: en lo posible, los autores deben consultar una edición reciente de la revista para observar la forma y el estilo de la publicación. El trabajo (incluyendo las referencias, tablas, figuras, etc.) estará elaborado en papel tamaño carta, una sola cara, tinta negra, letra Times New Roman de 12 puntos, espacio interlineal 1,5 y márgenes de 3 cm, (información adicional para la preparación de manuscritos se encuentra en: el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) en <http://www.icmje.org/> y en el http://journal.paho.org/index.php?c_ID=112).

Organización del documento: página inicial, resumen y palabras clave en español, resumen y palabras clave en inglés, texto, agradecimientos, consideraciones éticas, conflicto de intereses, referencias, tablas y leyendas, figuras y leyendas, ilustraciones, abreviaturas y unidades de medida.

2.2.1 Página Inicial

Incluye título del trabajo y nombre de los autores. El título estará escrito con un tamaño de fuente de 24 en español, portugués o inglés, describirá claramente el contenido del artículo, no utilizará abreviaturas. Máximo 15 palabras.

Los autores se listarán en el orden que figurará en la publicación. Deberá proporcionar: nombre completo, ORCID, grado académico más alto, título profesional, filiación institucional, dirección, teléfono, correo electrónico y la contribución que cada autor aportó a la investigación. Los datos del autor de contacto se antecederán de la palabra correspondencia y será el responsable de las correcciones, revisión de pruebas de imprenta, etc. Salud UIS se apegará estrictamente a las normas de Vancouver sobre autoría; todos quienes sean señalados como autores deberán haber tenido contribución esencial en 1) la concepción y el diseño del estudio, o recogida de los datos, o el análisis y la interpretación de los mismos; 2) la redacción del artículo o la revisión crítica de una parte sustancial de su contenido intelectual; y 3) la aprobación final de la versión que será publicada. Los tres requisitos deberán ser cumplidos de manera conjunta. Actividades como apoyar la obtención de fondos o en la recogida de datos o la supervisión general del grupo de investigación no justifica la autoría.

Deberá incluir además la categoría a la que pertenece el manuscrito, el nombre de por lo menos tres posibles evaluadores (institución y su dirección electrónica), y una nota sobre los apoyos recibidos de personas o instituciones públicas o privadas para la realización del estudio. El listado de los posibles evaluadores no implica necesariamente que ellos sean quienes serán contactados para hacer la revisión del documento.

2.2.2 Resumen y palabras clave en inglés y español

El resumen será estructurado y tendrá una extensión máxima de 300 palabras (150 palabras para artículos de revisión y cortos). Incluirá introducción y objetivos del estudio, metodología, resultados y conclusiones. No llevará el uso de referencias o abreviaciones. Las palabras clave se escribirán al final de cada resumen. Se proporcionarán de 6 a 10 términos (consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> y para verificar las palabras clave en inglés consultar los Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.htm>). El abstract debe ser fiel copia del resumen en español. Se recomienda que éste sea revisado por un nativo o un traductor oficial.

2.2.3 Texto

El texto de los artículos completos deberá ser subdividido en formato IMRYD: introducción, metodología resultados y discusión. Si se trata de la descripción de caso(s) clínico(s), la secuencia será: introducción; informe del caso(s) clínico y discusión. Para las comunicaciones breves, se prescindirá de las divisiones del formato IMRYD, pero se mantendrá esa secuencia en el texto.

2.2.4 Agradecimientos

Breves y concisos, incluir sólo los estrictamente necesarios. Enviar permiso escrito de las personas que serán acreditadas por su nombre en esta sección. También se deberán dar créditos a las agencias financiadoras y a las instituciones participantes en los estudios.

2.2.5 Consideraciones éticas

Para estudios en humanos y en animales de experimentación los autores deben demostrar que el trabajo se realizó con el aval de los comités de ética de las respectivas instituciones.

2.2.6 Conflicto de interés

El conflicto de interés existe cuando el juicio del científico concerniente a su interés primario y la integridad de una investigación, podría estar influenciado por un interés secundario, ya sea por vinculaciones familiares o emocionales, afinidades políticas o nacionales, intereses económicos o cualquier otra conexión. Es importante que los autores den a conocer si existe o no conflicto de intereses en el trabajo realizado.

2.2.7 Referencias

Se sugiere no incluir referencia de sitios web a no ser que sea estrictamente necesario. El número máximo de referencias para estudios originales (metodología cuantitativa, cualitativa y mixta) es de 30, para artículos cortos y ensayos es de 20; para revisiones sistemáticas un mínimo de 50. Deben situarse de acuerdo con la secuencia de la aparición dentro del texto, numéricamente en superíndice utilizando números arábigos sin paréntesis. No se aceptan referencias de sitios Web, sólo se hará referencia a las citas que aparecen en el texto. No deben citarse los artículos no publicados a menos que hayan sido aceptados para publicación, empleando el vocablo “en prensa”. Estas referencias deben seguir las normas Vancouver como se describen a continuación. Se invita a los autores a que revisen la pertinencia de incluir artículos publicados en revistas latinoamericanas incluidas Salud UIS. Al final de la referencia debe incluirse el DOI (Digital Object Identifier) de la publicación.

2.2.7.1 Artículos de revistas

Llevará apellidos e iniciales de los nombres de cada uno de los autores, título completo del artículo, título abreviado de la revista, año de publicación, volumen, primera y última

página seguido del doi. Las abreviaturas de los nombres de las revistas deberán seguir las reglas del Index Medicus y/o del Biological Abstracts. Se incluirá sólo seis autores y si hay más de seis coloque después del sexto autor la abreviatura “et al.” Ejemplo: López NA, Naranjo JA, Cruz JA. The presentation and use of height and weight. *N Engl J Med* 1996; 21: 235-46. doi: <http://dx.doi.org/xx.xxxx/xxxxxxx.vxxxxx-xxxxxxx>.

2.2.7.2 Libros

Llevará el primer apellido e iniciales de los nombres de cada uno de los autores o editores, título del libro, número de edición, lugar, editorial, fecha, si es necesario, las páginas después de la abreviatura. Por ejemplo: Jiménez SA. Interpretación clínica del electrocardiograma. 3ra edición. Bucaramanga: Publicaciones UIS, 1995: p. 87

2.2.7.3 Capítulos de libros

Núñez CJ, Bernal LA. Nutritional assessment. In: Hendricks KM, Walker WA, eds. *Manual of pediatric nutrition*. 2nd edition. Santafé de Bogotá: Academic Press, 1993. p. 1-58 No se repetirán en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

Finalmente, en la discusión se enfatizará en el significado de la nueva información y su relación con los conocimientos existentes y con las conclusiones y proyecciones en futuras investigaciones. Sólo deberán incluirse citas bibliográficas inevitables. Relacione las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no articuladas con los resultados.

2.2.8 Tablas y figuras

Las tablas se citarán en el texto con números arábigos y en orden de aparición. Se presentarán en hoja aparte al final del documento identificadas con el mismo número, no llevarán líneas verticales. Tendrán un título corto, deberán explicarse por sí solas y no duplicar el texto. Las abreviaturas que se utilicen en los encabezamientos irán explicadas en nota de pie de la tabla y se identificarán con letras minúsculas en superíndice (a, b, c). Si una tabla emplea más de una página, debe continuarse en páginas individuales separadas, conservando el mismo tamaño de las hojas. Deben adjuntarse por separado en archivo Excel o Word dependiendo de cómo fueron creadas.

Las figuras, fotos y dibujos, serán de alta resolución y se citarán en el texto en orden de aparición. Irán a blanco y negro, impresas en papel brillante. Se aceptarán archivos, JPG. La resolución mínima debe ser de 300dpi, con tamaño mínimo de 15 cm de ancho. Se organizarán por separado junto con sus respectivas leyendas. Para fotos a color el autor asumirá el costo adicional. Es importante colocar el grado de ampliación que tienen.

2.2.9 Abreviaturas y unidades de medida

Las abreviaturas irán precedidas de su forma expandida completa y se colocarán entre paréntesis la primera vez que

se utilicen. Las medidas de peso, altura, longitud y volumen se presentarán en unidades métricas (metro, litro, etc.). Los autores utilizarán en todos los casos el Sistema Internacional de Unidades, cuyas abreviaturas de las unidades de medida no tienen plural ni signos de puntuación. Los decimales se indicarán por medio de “,” (coma) y los porcentajes no dejarán espacio con respecto a los números.

2.3 Remisión de los Manuscritos

Los manuscritos serán enviados con una carta firmada por todos los autores participantes manifestando su aceptación con los contenidos, organización y presentación. Es necesario indicar que el manuscrito no ha sido publicado antes, no ha sido enviado ni se enviará para publicación a otra revista nacional o internacional, mientras se encuentre en revisión y se decida al respecto por el Comité Editorial de la Revista Salud UIS. En la carta deberán proporcionarse los datos completos del autor principal (dirección, teléfono, fax, e-mail, filiación).

Los manuscritos deben ser ingresados a la plataforma OJS a través de la url: <http://revistasaluduis.uis.edu.co>; para realizar el ingreso debe registrarse en la plataforma como lector y autor <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/user/register>. También podrán ser enviados vía e-mail saluduis1@uis.edu.co o rev.saluduis@gmail.com si la plataforma presenta algún inconveniente técnico.

Debe anexarse el acta de cesión de derechos diligenciada y firmada por todos los autores.

2.4 Selección de los Manuscritos

Los trabajos serán revisados por el Comité Editorial para verificar que su contenido es apropiado para la revista y se ajuste a las normas editoriales. En caso de que esto no ocurra, estos serán devueltos al autor(es) para correcciones si es del caso, antes de ser enviados a pares académicos. Entre el momento del envío a Salud UIS y la verificación del contenido, podrán transcurrir entre dos y tres semanas. Seguidamente serán revisados por el Comité Editorial para evaluar su calidad; para tal fin se usarán las guías para el buen reporte de estudios de investigación en salud del Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research (EQUATOR) disponibles en <http://www.equator-network.org/>. Se sugiere a los autores revisar la guía más apropiada al diseño del estudio para asegurar que tiene todos los elementos requeridos para tener un buen reporte.

Salud UIS acoge los lineamientos del Committee on Publication Ethics (COPE) para la detección y manejo del posible plagio para los artículos recibidos. Se da por entendido que los autores que envían su artículo a la revista, autorizan que se analice por programas especializados la repetición de textos provenientes de otras publicaciones. (Anexo 1)

Los trabajos serán enviados al menos a dos evaluadores del grupo de expertos nacionales e internacionales. La revisión

de los manuscritos se realiza mediante un proceso de revisión por pares según el método “doble ciego”. Cada árbitro emitirá un concepto de acuerdo a los criterios de evaluación: pertinencia, actualidad y trascendencia supradisciplinar, fortaleza académica y el nivel conceptual. Los resultados de las evaluaciones hechas por los árbitros servirán para que el Comité Editorial de su concepto, que puede ser: aceptado, requiere cambios menores, requiere cambios mayores o rechazado. Desde el momento de recepción del manuscrito y la emisión del concepto, podrá transcurrir un promedio de seis meses.

Se enviará el concepto a los autores, quienes deberán responder punto por punto e incorporarán las modificaciones correspondientes en el texto. Para esto contará con un tiempo de un mes. En caso de no recibir respuesta se retirará el manuscrito.

2.5 Publicación de los manuscritos

Los autores deberán enviar el manuscrito (con tablas y figuras), declaración firmada por todos los autores, con el título del trabajo afirmando que: los datos contenidos son exactos; todos los autores han aportado lo suficiente al trabajo y están preparados para asumir responsabilidad pública del mismo; este no debe haber sido publicado en su totalidad o por partes, y no está siendo enviado para ser publicado en ningún otro lugar.

Una vez recibido el concepto del evaluador se realizará el trabajo de edición y corrección de estilo, posteriormente se enviará a diagramación e imprenta. Una vez se tenga la primera versión diagramada, se enviará a los autores del artículo para revisión y corrección de errores de forma; cambios de fondo no serán aceptados. Los archivos con las respectivas correcciones deben ser remitidas a la revista un día después de ser recibidas.

3. Suscripción

Librería UIS, Ciudad Universitaria, Bucaramanga. Suscripción al material digital- Registro gratuito en el link <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/user/register>

4. Reproducción e impresos

Se autoriza la reproducción parcial o total de la obra para fines educativos siempre y cuando se cite la fuente

Correspondencia

Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Carrera 32 N° 29-31 Edificio Roberto Serpa Flórez. Oficina: 309 Tel: 6344000 Ext.: 3210 Bucaramanga. Colombia. <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis>
e-mail: saluduis1@uis.edu.co, rev.saluduis@gmail.com

Indications to the authors

1. About the journal

La Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, known as Salud UIS is a scientific journal of health science of the Universidad Industrial de Santander. Its mission is to divulgate quarterly, at local, national and international level, intellectual and literary production of research results related to health sciences. Readers of this journal include physical therapists, microbiologists, nurses, physicians, nutritionists, dentists, veterinarians, health managers, psychologists, researchers from the basic, clinical and public health area, among others. Salud UIS will give priority to those papers that contribute significantly to scientific knowledge and that are of interest for more than one group of health professionals. An aim of the journal is to respond quickly to the authors; hence, they can share their work to the scientific community effectively.

2. About the manuscripts

Papers must be unpublished and provided exclusively to Salud UIS, which reserves all rights to edit, program, and print or reproduce (copyright) all or part of the material. If an author wishes to publish information already belonging to the journal, it will be required written permission from the Editor. Opinions of authors are their own and do not represent the position of Salud UIS or Universidad Industrial de Santander. Manuscripts must be sent with a letter in which permission is granted to reproduce text, pictures or other material with physical or digital copyright. Clinical cases will require in addition, an informed consent of the entity where the work was done.

2.1 Categories of Manuscripts

Manuscripts may be submitted in English, Spanish or Portuguese. When a manuscript is written in Spanish or Portuguese, English summary should be included; when it is in English it must additionally include a summary in Spanish. Salud UIS consider as publication manuscripts the following categories:

Research and Innovation Articles:

Document that presents original and unpublished results of research processes and analysis. This category includes articles on basic research, epidemiology, qualitative and mixed (quantitative and qualitative), and the development of technological innovation. Its length should be between 2000 and 3500 words in the main text, excluding title, abstract, references, tables and figures. It can have a maximum of five tables and/or figures and a maximum of 30 references. Qualitative or mixed studies may have a length up to 5000 words.

Review Article:

Document that analyzes and integrates the results of published or unpublished research in a specific topic related to the progress and developmental trends in science. This category includes systematic reviews, meta-analysis and meta-synthesis, which are always structured with introduction, methodology, results and discussion. It must contain at least 50 references; its length should be between 3000 and 4000 words in the main text, excluding title, abstract, references, tables and figures. It can have a maximum of 5 tables or figures.

Short Article (Short Communication):

Brief divulgation of original investigation about scientific issues of interest to the community, including epidemiological studies and outbreak preliminary results. These must include a non-structured abstract of 150 words maximum. Its length should be between 1000 and 1500 words in the main text, excluding title, abstract, references, tables or figures. It can have up to 2 tables and/or figures.

Clinical or important in public health case report:

Clinical cases of diseases that highlight some particular point or a special finding of the same, with a brief review of relevant literature. It is suggested that authors check, before submitting their article, if the case fully accomplishes the requirements of the CARE guidelines (The CARE Guidelines: Consensus-based Guideline Development Clinical Case Reporting, available on <http://www.equator-network.org/>). Papers that obviate totally or partially that guideline would be automatically rejected. In this categorie are included report of fact of importance in public health. Its length should be between 1000 and 1500 words in the main text, excluding title, abstract, abstract, references, tables or figures. It can have up to 2 tables and/or figures.

Topic Review:

Critical review of the literature on a particular topic. This kind of paper will be requested directly by the Editorial Committee to renowned authors in the field. As a general rule, there will not be accepted any subject reviews sent autonomously by the authors; however, Editorial Board accepts suggestions for topics from the authors, who may send a letter indicating the importance of the issue for all health professionals as a whole, and not just for a specific profession or discipline. It should include abstract, introduction and subtitles related to the topic. Including tables and figures is encouraged. Its length should be between 3000 and 4000 words in the main text, excluding title, abstract, abstract, references, tables or figures. It can have a maximum of 5 tables and/or figures.

Letters to the Editor:

Critical or analytical positions about documents published in the Journal that according to the Editorial Board are important for the discussion of a topic by the scientific community of reference. Its maximum length is 500 words and should not have tables and/or figures.

Essays:

Literary, philosophical or scientific manuscript that supports the author's opinion on a specific topic of current interest. It will be requested directly by the Editorial Board to renowned authors in the field. As a general rule, there will not be accepted any subject reviews sent autonomously by the authors; however, Editorial Board accepts suggestions for topics from the authors, who may send a letter indicating the importance of the issue for all health professionals as a whole, and not just for a specific profession or discipline. Its length should be between 2000 and 3000 words in the main text, excluding title, abstract, abstract, references, tables or figures. It can have up to 2 tables and/or figures.

Technical Note:

Describe in detail a new laboratory technique or modifications to one previously established, emphasizing on the advantages of the developed procedure or innovation. Its length should be between 1000 and 1500 words in the main text, excluding title, abstract, abstract, references, tables or figures. It can have up to 2 tables and/or figures.

2.2 Preparation of Manuscripts

General: If possible, authors should consult a recent issue of the magazine to see the style of the publications in this journal. Each paper (including references, tables, figures, etc.) will be pages-listed and prepared in letter paper size, single-sided, black ink, Times New Roman 12-point, 1.5 interlining spacing and 3 cm in margins (additional information for the preparation of manuscripts are available in: the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) in <http://www.icmje.org/> and the http://journal.paho.org/index.php?C_ID=112).

Document Organization: Main page, abstract and key words in Spanish, abstract and English keywords, text, acknowledgments, ethical considerations, conflict of interest, references, tables and legends, figures and legends, illustrations, abbreviations and units of measurement.

2.2.1 Main Page

Includes title and authors' names. Title will be written in Spanish or Portuguese and English; it clearly describes the content of the article and must not use abbreviations with a maximum of 15 words.

Authors are listed in the order they appear in the publication. Authors must provide full name, highest academic degree,

professional title, institutional affiliation, address, telephone, fax and email. Information about each paper will be sent to the correspondence author who is responsible for corrections and reviewing changes. Salud UIS strictly follows Vancouver rules for authorship; so, all who are listed as authors must have had significant contribution in: 1) the conception and designing of the study or collection of data, or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for a substantial part of its intellectual content; and 3) final approval of the version to be published. All three requirements must be fulfilled together. Support activities such as fundraising or collecting data, or general supervision of the research group does not justify authorship.

It must also include the category to which the manuscript belongs, the name of at least three possible reviewers (institution and email address), and a note on the support received from individuals or public or private institutions for the study. The list of possible reviewers does not necessarily mean that they are going to be contacted to review the document.

2.2.2 Summary and Keywords in English and Spanish

Summary will be structured and will have a maximum of 250 words (150 words for reviews and short articles). It will include introduction and study objectives, methodology, results and conclusions. It will not use abbreviations or references. Keywords will be written at the end of each summary and will be 3-7 terms (see Health Sciences Descriptors [DeCS] in <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> and Medical Subject Headings [MeSH] of Index Medicus at <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.htm>). English abstract should be a true copy of the one in Spanish.

2.2.3 Text

Text of full papers should be subdivided into IMR&D format: introduction, methodology, results and discussion. If this is the description of clinical events, the sequence will be introduction, case report (s) and clinical discussion. For short communications will be a diffuse IMR&D format, but their sequence is followed in the text.

2.2.4 Acknowledgements

Short and concise, including only those strictly and necessary. It is need to be send written permission of people who will be credited by name in this section. Authors must also give credit to the funding agencies and institutions involved in the studies.

2.2.5 Ethical Considerations

For studies in humans and experimental animals, authors must demonstrate that the research was performed with the approval of the Ethics Committees of the respective institutions.

2.2.6 Conflict of Interest

A conflict of interest exists when the integrity of a research, can be influenced by a secondary interest, either by family or emotional ties, political or national affinity, economic interest or any other connection. It is important for authors to disclose whether it is or it is not a conflict of interest in their work.

2.2.7 References

References will be placed numerically in super index inside the text according to the sequence of appearance using Arabic numerals without parenthesis. Websites references are not accepted. There should be only citation when a quote appears in the text. Non-published articles must not be cited unless they have already been approved for publication using the expression "in press". These references should follow the Vancouver citation style as described below. Authors are invited to review the appropriateness of referencing articles published in Latin American journals including Salud UIS. At the end of each reference the DOI (Digital Object Identifier) of the publication must be included.

2.2.7.1 Papers

It must include first surname and initials of both forename and middle name of each one of the authors, full title, abbreviated title of the journal, publication year, volume and first and last page. Abbreviation of the names of the magazines must follow rules laid by the Medicus Index and/or Biological Abstracts. It must only include the names of six authors, should there be more than 6 authors please use the abbreviation "et al" after the sixth name. i.e: López NA, Naranjo JA, Cruz JA. The presentation and use of height and weight. *N Engl J Med* 1996; 21: 235-46. DOI: <http://dx.doi.org/xx.xxxx/xxxxxxx.vxxnxx-xxxxxxx>.

2.2.7.2 Books

It must include the first surname and initials of the names of each one of the authors or editors, title of the book, edition number, place, editorial company, date and pages when necessary. i.e: Jiménez SA. Interpretación clínica del electrocardiograma. 3ra edición. Bucaramanga: Publicaciones UIS, 1995: p. 87

2.2.7.3 Book chapters

Núñez CJ, Bernal LA. Nutritional assessment. In: Hendricks KM, Walker WA, eds. Manual of pediatric nutrition. 2nd edition. Santafé de Bogotá: Academic Press, 1993. p. 1-58. Data that is found in the tables or figures will not be repeated in the text.

Finally, the discussion will emphasize the significance of the new information and its relation to existing knowledge and the conclusions and projections for future research. Only unavoidable citations should be included. Relate the

conclusions with the goals of the study, avoiding statements and conclusions not articulated with the results.

2.2.8 Tables and figures

Tables will be cited in the text with Arabic numerals in order of appearance. They will be presented separately at the end of the document identified by the same number, with no vertical lines. They will have a short title and should explain themselves, not duplicate the text. Abbreviations used in the headings will be explained in the footnote of the table and will be identified with super index lowercase letters (a, b, c). If one table uses more than one page, it should be continued in separate individual pages, keeping the same size of the pages. Figures, photos and drawings, will be in high resolution and cited in the text in order of appearance. They will be print in black and white on glossy paper. JPG files will be accepted. Minimum resolution should be 300 dpi with a minimum size of 15 cm width. Figures must be organized separately with their respective legends. For colorful photographs, authors assume additional printing costs. It is important to place the maximum zoom possible.

2.2.9 Abbreviations and Units of Measure

Abbreviations must be preceded of their expanded form and must be quoted in parenthesis the first time they are used. Weight, height, length, and volume must be presented in metric unites (international system). Measurement units in the international system do not have plurals or punctuation. Decimals must be stated by a "," (comma) and percentages must be places after the numbers without space.

2.3 Submission of Manuscripts

Manuscripts will be sent with a letter signed by all participating authors stating their acceptance to the content, organization and presentation. Authors must specify that the manuscript has not been published before, has not been sent and will not be sent for publication to other national or international journal, while it is under review and decision by Salud UIS' Editorial Board. The letter should provide full details of the corresponding author (address, phone, fax, email, affiliation). Manuscripts must be submitted via OJS platform through the url: <http://revistasaluduis.uis.edu.co>, registration and login are required to submit an article at the platform, when do the register please tick the reader and author roll <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/user/register>. If the platform presents any technical issue, the document can be send trough the follow e-mail address: rev.saluduis@gmail.com saluduis1@uis.edu.co

The "Transfer of Copyright" agreement must be signed by all the authors and attached to the document.

2.4 Selection of Manuscripts

Papers will be reviewed by the Editorial Board in order to ensure that its content is appropriate for the journal and meets editorial standards, while respecting the right of

confidentiality of authors, reviewers and editors. If this happens, they will be returned to author (s) for corrections, if it is the case, before sending it to academic peers. Between the submitting confirmation by Salud UIS and the verification of the contents, may elapse between two and three weeks. Each work will be reviewed by the Editorial Board to assess proper reporting of health research studies, Enhancing the Quality and Transparency Of health Research (EQUATOR) Guidelines (<http://www.equator-network.org/> available) will be implemented. Authors are encouraged to review the most appropriate study design guide to ensure they have all the elements required for a good report.

Salud UIS takes in the guidelines of the Committee on Publication Ethics (COPE) for the detection and management of suspected plagiarism in a submitted manuscript. It is understood that authors that send their article to the journal, authorize it to be analyzed by specialized software for potential unoriginal contents or text repetition from other publications. (Appendix 1)

Afterwards, papers will be sent to at least two referees. The review of manuscripts is done through a process of peer review by the method “double blind”. Each referee will issue a concept based on the evaluation criteria: relevance, actuality, interdisciplinarity significance, academic strength and conceptual level. The results of referees’ assessments will assist the Editorial Board for the final concept, which can be: accepted, requires minor changes, requires major changes or rejected. From the time of submitting confirmation and the issue of the concept, may last an average of six months.

The concept will be sent to the authors who will reply item by item and incorporate the respective modifications of the text. A period of four weeks will be allowed for this. If an answer is not received by the end of this period, the article will be automatically withdrawn.

2.5 Publication of manuscripts

Authors should submit the manuscript (with figures and tables) and a declaration signed by all the authors, with the title of the paper confirming that: the contained data is exact; all of the authors have contributed enough to the work and are prepared to assume the responsibilities implied by its publication; the text submitted has not been partially or fully published, and it is not currently being submitted for publication in any other place.

Once the concept of the evaluators is received, the form of the text will be reviewed and it will be sent to press. After the text has been edited and the text has been corrected, the first draft of the printable edition will be sent to the authors for errors corrections; substantive changes will not be accepted. Files with the respective corrections should be sent to the journal the day after receipt. Once the journal has been published, the authors have the right to receive two copies including delivery costs.

3. Subscription

UIS Bookstore, Ciudad Universitaria, Bucaramanga. Subscribe for digitally editions through free registration at <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/user/register>

4. Printings and reproduction

Partial or full reproduction of the papers is authorized for academic purposes if is provided the credit to the source.

Correspondence

Universidad Industrial de Santander, Health Faculty, Carrera 32 No. 29-31. Roberto Serpa Flórez Building. Office: 104 Tel: 6344000 Ext: 3210 Bucaramanga. Colombia. <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis>
E-mail: saluduis1@uis.edu.co, rev.saluduis@gmail.com



Confía en 4-72,
el servicio de envíos
de Colombia

Línea de atención al cliente:
(57 - 1) 472 2000 en Bogotá
01 8000 111 210 a nivel Nacional

.....
www.4-72.com.co