

**RC
SP**

**REVISTA
CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA**

**Volúmen 23
Nº 01/2019**



**Escuela
de Salud
Pública**

**DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE**

Directora Institucional
Verónica Iglesias

Editor
Álvaro Lefio

Editores asociados
Alejandra Fuentes
Sara Schilling
Katherine Rivas
Jorge Gaete
Carlos Madariaga
Yuri Carvajal

Coordinación editorial
Jorge Gaete
Katherine Rivas

Referencia, indexación y publicación
Katherine Rivas
Oswald González

Diseño y Diagramación
Paola Videla

Traducción
Sara Schilling

Secretaría
Pamela Sánchez

Representante legal
Manuel Kukuljan

Portada vol. 23 N°1 2019

“Laguna Aculeo, lugar que hoy se encuentra completamente seco a consecuencia de la extracción indiscriminada del agua y por efectos del cambio climático. Las comunidades de Los Hornos y Rangue no tienen agua potable hace un año, algunos pobladores hace dos.”
[instagram.com/nicole_kramm/](https://www.instagram.com/nicole_kramm/)

Domicilio

Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile
Independencia 939, Santiago de Chile
Fono (56) 22 9786967
E-Mail revistasp@med.uchile.cl
<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl>

La Revista Chilena de Salud Pública
está registrada en las bases de datos
Lilacs y Dialnet



EDITORIAL

Banal sería no hablar del clima. *Yuri Carvajal*
It would be banal not to talk about the climate 5

El suicidio. Los suicidios. *Álvaro Lefío*
Suicide. Suicides. 8

ARTÍCULOS ORIGINALES

Percepciones y expectativas de personas cuidadoras del programa de atención domiciliaria del Centro de Salud Familiar Pablo Neruda de Lo Prado, 2013. *Hugo Juanillo & José Sulbrandt.*
Caregivers' perceptions and expectations regarding the Home-based Care Program of the Pablo Neruda Family Health Center in Lo Prado. Chile, 2013. 11

Adherencia a la ingesta de los productos del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) desde la subjetividad de los adultos mayores de la comuna de Hualpén, Chile. *Estefanía Parra-Muñoz & María Belén Ortega-Senet.*
Understanding older adults' adherence to the consumption of products provided by the Supplementary Food Program for Older Adults (PACAM) by exploring the point of view of users from the municipality of Hualpén, Chile. 21

Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura. *Gerardo de Jesús Moreno-Gordillo, Laura E. Trujillo-Olivera, Néstor R. García-Chong y Fernando Tapia-Garduño.*
Suicide and depression in adolescents: a literature review. 31

Garantía Explícita en Salud Oral en adulto de 60 años: Impacto en la percepción de la calidad de vida. *Patricia Moya, Juan Caro, Óscar Asmurú, Paulina Gómez, Lorena Hoffmeister, Patricio González.*
Explicit Oral Health Guarantee for Adults 60 Years of Age: Impact on their perception of quality of life. 42

Violencia percibida por trabajadores de la salud de parte de los usuarios del Servicio de Salud Talcahuano en Lirquén, Chile, 2017. *Hugo A. Vega.*
Health workers' perception of user violence in the Talcahuano Health Service in Lirquén, Chile, 2017. 49

Percepción de personas de orientación homosexual respecto del enfoque hacia la diversidad sexual utilizado en Atención Primaria de Salud Valdivia, Chile. *María José Montecinos, Ana María Silva.*
Homosexual individuals' perception of primary health care services' approach to sexual diversity in Valdivia, Chile. 60

TEMA DE ACTUALIDAD

Religión, vudú y salud mental: nuevos desafíos para los servicios de salud en Chile. *Gabriel Abarca.*

Religion, voodoo, and mental health: new challenges for health services in Chile.

68

CIFRAS DE HOY

Prevalencia de obesidad: estudio sistemático de la evolución en 7 países de América Latina. *Maribel Chávez, Esperanza Pedraza, María Montiel.*

Obesity prevalence: systematic study of its evolution in 7 countries in Latin America.

72

CARTA AL EDITOR

Percepción pública de la contaminación atmosférica en el sur de Chile. *Alex Boso.*

Public perception of atmospheric contamination in the south of Chile.

79

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales a diez años de distancia. *José Eduardo Orellana, Verónica Morales.*

Ten years of the Epidemiological Surveillance System for Oral Pathologies.

81

Propuesta para abordaje multidimensional de problemática de VIH en Chile. *Laura Lucía Ortiz.*

Proposal for a multidimensional approach to address the HIV problem in Chile.

83

REVISTA DE REVISTAS Y LIBROS

Medicinas y culturas en La Araucanía (ed. Luca Citarella).

Carlos Madariaga.

Medical Systems in the Araucaria Region.

85

Cuadernos Médico Sociales, la familia y la formación médica.

Jorge Gaete.

Cuadernos Médico Sociales, family and medical training.

87

BANAL SERÍA NO HABLAR DEL CLIMA

IT WOULD BE BANAL NOT TO TALK ABOUT THE CLIMATE

El 2 de septiembre recién pasado el Rector de la Universidad de Chile ha suscrito la carta del clima (Global Climate Emergency Letter) como parte del trabajo del Acuerdo de instituciones de educación por los objetivos de Desarrollo Sustentable (The SDG Accord, 2019) ¹.

Esta carta declara la existencia de una emergencia climática y compromete a sus firmantes a trabajar en tres áreas:

1. Orientar la investigación hacia la acción en cambio climático

2. Ser carbonos neutrales el 2030 o el 2050 a más tardar

3. Reorientar el curriculum y las actividades de extensión hacia la sustentabilidad ambiental

Desde el punto de vista de salud hay tres áreas en que estas metas se nos vuelven urgentes:

1. Fortalecer los trabajos que relevan las implicancias de la emergencia climática en salud. Desde los años 90 existe una notable investigación en las transformaciones de las enfermedades transmisibles, asociadas a vectores, por la emergencia climática (incremento de temperatura media que suman además oscilaciones extremas y pluviosidad concentrada), así como las consecuencias de las no transmisibles². También hay proyecciones sobre los efectos nutricionales del cambio y del incremento del nivel de los mares. Desde el 2015 Lancet ha establecido un observatorio de indicadores, con la inquietud de que las transformaciones climáticas podrían amenazar los logros de los últimos 50 años en salud³.

Pero es importante considerar que muchos de los efectos sobre la salud ocurren por otros efectos planetarios más allá del incremento de temperatura media. La contaminación del aire, los suelos, las aguas, la composición industrial de nuestra dieta, son importantes generadores de patología crónica⁴. La megasequía que vive nuestra zona central no es sólo un problema de temperaturas. Ni es la industria extractiva, en el caso chileno la minería, la única responsable. Es el momento de repensar cada una de las cadenas productivas incluyendo las de salud. Y considerando que la agricultura es responsable alrededor de un 30% de las emisiones de CO₂, de buscar una convergencia entre dieta saludable y alimentación sustentable, derribando nuestros propios mitos carnívoros⁵.

2. En un plano situado, debemos considerar los desafíos de la medicina actual como práctica sustentable. Estimaciones de la huella de carbono de nuestros hospitales señalan que hay mucho trabajo por hacer⁶. Además, en la misma tradición occidental de salud pública, hay desde sus orígenes una apuesta por un conocimiento localizado⁷. Ese mensaje hoy puede tomar un profundo sentido para trabajar en problemas territorializados, con contaminantes varios e industrias múltiples, con

Yuri Carvajal B.

Editor Asociado

Revista Chilena de Salud Pública

ycarvajal@med.uchile.cl

causas y efectos mal especificados, condenados en la infortunada sentencia de zonas de sacrificio^{8,9}.

Estas dimensiones globales y locales a la vez, pueden amalgamarse en el encuentro entre Antropoceno¹⁰ y zonas críticas¹¹. La expresión Antropoceno nos invita a considerar la transformación planetaria abordando el sistema tierra como un entrelazamiento de múltiples ciclos de lo inorgánico con lo vivo. La emergencia climática expresa la gravedad del proceso asociado al carbono, y su condición severamente alterada¹², pero también otros ciclos, como fósforo y nitrógeno están en situación altamente perturbada. Están además los efectos asociados a una grave reducción de la biodiversidad, trastornos severos en los océanos, contaminación química, uso de suelos, reducción del agua disponible¹³.

3. Todos estos análisis y publicaciones, así como la propia reflexión desde la salud colectiva, deben activarnos hoy en lo inmediato, para una participación presencial en la COP25 junto a la ciudadanía.

Podemos ser actores en al menos cuatro cuestiones apremiantes.

1. Sin duda, la reducción de las emisiones de carbono es la primera tarea. Nuestras modestas instituciones, nuestra humilde vida personal, deben ser carbono neutral el 2030. Es el primer paso para poder exigir que las organizaciones más soberbias se tornen carbono neutrales el 2040. Chile debe tener un plan para el cierre de sus termoeléctricas. El plazo para aquellas que tienen más de 40 años se ha cumplido.

2. Chile es una larga herida ambiental. Donde ponemos un dedo, hay un malestar, signos y síntomas. Nuestros ríos y mares expresan la afectación del ciclo hidrológico, los cerros cultivados hasta sus cumbres, los helechos resecos de la quebradas ayer húmedas, las alstroemerias en regresión, los culpeos buscando alguna fruta de los senderistas de los parques, los pilpilenes anidando junto a los letreros que prohíben bañarse en Ventanas. Residuos, termoeléctricas, relaves, fundiciones, plantaciones, salmonicultura. Donemos un porcentaje significativo de nuestro intelecto práctico a dialogar con las comunidades, a estudiar los problemas y producir visiones comunes, a participar en soluciones.

3. Nuestra práctica profesional debe ser un ejemplo de reciclaje, de bajas emisiones, de sustentabilidad. También la medicina y en particular los hospitales, deben saber cruzar un océano de manera no contaminante.

4. Finalmente, somos todos modestos artesanos de las ideas. Reanimemos la fertilidad biológica de nuestros saberes científicos básicos. Hay allí conocimientos primordiales, que contienen claves para un diálogo entre pares con los pueblos originarios y sus saberes¹⁴.

Si el próximo año se cumplen 500 años del encuentro de Chile con occidente (cruce del estrecho de Magallanes), un fecundo trabajo intelectual puede servir para que en esta COP25 iniciemos una ingeniería reversa de algunas ideas perturbadoras que nos han conquistado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The SDG Accord. Universities and Colleges for the Climate Summit; 2019.
2. Bozinovic F, Cavieres L. La vulnerabilidad de los organismos al cambio climático: rol de la fisiología y la adaptación. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Ciencias Biológicas. Center of Applied Ecology and Sustainability (CAPE) y Universidad de Concepción Facultad de Ciencias Naturales y Oceanográficas. Instituto de Ecología y Biodiversidad (IEB); 2019.
3. Watts N, Amann M, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Bouley T, Boykoff M, et al. The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. *Lancet*. 2018;p. 581–630.
4. Landrigan P, Fuller R, Acosta N, Adeyi O, Arnold R, Basu N, et al. The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet*. 2017;p. 462–512.
5. Willett W, Johan Rockström BL, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, Garnett T, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*. 2019 19 January;6736(18):31788.
6. Balkenhol M, Castillo A, Soto M, Feijoo M, Merino W. Huella de Carbono en el Hospital Base de Puerto Montt. *Rev Med Chile*. 2018;146(10):1384–1389.
7. Hipócrates. *Tratados Hipocráticos II. Sobre los aires, aguas y lugares*. Madrid: Gredos;1986.
8. Siches I. Editorial. La “cuestión” medioambiental. *Vida Médica*. 2019 agosto 2019;71(2):4.
9. AAVV. *Salud & Ambiente. geografías en sacrificio*. 2019;59(1):1–78. Cuadernos Médico-Sociales.
10. Bonneuil C, Fressoz JB. *The Shock of the Anthropocene*. London-New York: Verso; 2017.
11. Latour B. ¿Es la geo-logía el nuevo paraguas para todas las ciencias...? Sugerencias para una universidad neo-Humboldtiana. Chamiza: Humus-editores; 2017.
12. Lenton T. *EARTH SYSTEM SCIENCE A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
13. Carvajal Y. *Antropoceno. Nuevos folios de Bioética*. 2016;(19):23–30. Disponible en <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/NFB>.
14. de Lamarck JB. *Filosofía zoológica*. Madrid: La Oveja Roja; 2017 [1809].

EL SUICIDIO, LOS SUICIDIOS.

SUICIDE. SUICIDES.

Pensar en el suicidio significa en parte involucrarse en una reflexión acerca de la muerte y sus razones, en el sentido primario y último del deseo o la necesidad de la autodestrucción, sus motivaciones y formas, sus significados, consecuencias, en fin, de sus contextos. El suicidio o los suicidios corresponden a conductas humanas, a acciones con significado, que como tales pueden ser parte de una aspiración por un fin, un principio o ambos.

Desde nuestros patrones culturales, particularmente desde nuestra institucionalidad en torno al derecho a la vida y a la muerte –y la perspectiva sanitaria como parte de ella– existe una creciente preocupación por esta acción humana, se dice “el suicidio se puede prevenir” y a partir de ello se ha llevado adelante un gran esfuerzo conceptual y metodológico por desentrañar sus denominados factores de riesgo y construir un marco conceptual que ordene el diseño y la evaluación de intervenciones que permitan la disminución de la acción suicida.

A partir de las ciencias de la salud, al suicidio se le ha definido como la muerte producida por el comportamiento auto agresivo que deliberadamente busca producir la muerte del involucrado. Este comportamiento se ha concebido como un proceso complejo que distingue los pensamientos que consideran la posibilidad del suicidio (ideación suicida) y su planificación, hasta llegar al intento suicida, que en algunos casos, culminará con la muerte de el o la involucrada.

La OMS ha estimado la tasa estandarizada mundial de suicidio en 10,4 por 100.000 habitantes (2016), lo que implica que se produzcan más de 800.000 muertes por esta causa al año, contribuyendo con aproximadamente un 2% de la denominada carga de “enfermedad” a nivel global, observándose una tendencia al alza de esta carga de un 1,8% en el año 1998 hasta un 2,4% en la estimación para el año 2020. Aunque las tasas más elevadas se presentan en países de altos ingresos respecto de los medianos y bajos ingresos (12.7 & 11.2 por 100.000 habitantes), estos últimos presentan el 75% del total de suicidios¹.

Desde la perspectiva de la salud pública, al suicidio se le considera un fenómeno multicausal, con factores de riesgo y determinantes a nivel individual, familiar comunitario y social. Entre los factores de riesgo se encuentra: el sexo masculino, la presencia de trastornos mentales mayores, el uso abusivo de alcohol, el dolor crónico, la pérdida del trabajo, una historia familiar de suicidio, el aislamiento social, los fenómenos de discriminación, el trauma o un historial de abuso, la presencia de barreras para acceder al sistema de salud, entre otros¹. De igual forma la mayor parte de los expertos y organismos internacionales como la OMS, reafirman la importancia del contexto cultural en el que estos factores de riesgos interactúan, pues las tasas de suicidio pueden variar muy significativamente entre regiones, países y al interior de cada país, existiendo casos donde incluso las diferencias entre hombres

y mujeres se atenúan significativamente como en el caso de Kuwait. Otro ejemplo de estas diferencias es la región de Latinoamérica, donde las tasas tienden a ser menores que el promedio global, pero en la cual encontramos grupos indígenas con tasas muy superiores a las del país y la región, existiendo además grandes diferencias en la tasa de suicidio entre comunidades indígenas, que pueden ser comprendidas a partir de las particularidades culturales de cada grupo étnico. En cualquier caso, desde las ciencias de la salud se conceptualiza al suicidio como una conducta que se produce como el resultado del sufrimiento psíquico individual, en el marco de un proceso de producción de vulnerabilidad mental y de contextos socio sanitarios hostiles, que se termina gatillando a partir de situaciones de crisis particulares.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales la concepción del suicidio como fenómeno social, las investigaciones se han centrado en explorar la importancia de los factores económicos como el crecimiento y las tasas de desempleo, la modernización con sus urbanización y formas de producción, los roles de género, la religión y los niveles de integración y regulación de las distintas colectividades. En particular, desde la economía se ha concebido al suicidio como el resultado de la evaluación racional del individuo respecto de los costos y beneficios de seguir existiendo. Por contrapartida, desde la antropología las miradas se han enfocado en relevar los aspectos culturales de comprensión de la vida, la muerte, el individuo y la colectividad, así como el rol del suicidio en la resolución colectiva de conflictos, poniendo el acento en que el o los suicidios son conductas y como tales están colmadas de significados y simbolismos, los cuales cobran sentido y racionalidad en una determinada intersubjetividad, habitualmente con historia, territorio e identidad⁶.

Con todo esto, las estrategias de intervención individual y poblacional de este fenómeno social, ha tenido a la base una conceptualización medicalizada del suicidio, distinguiéndose múltiples factores causales, que incluyen desde el contexto y las características culturales hasta los aspectos individuales, en la cual subyace la idea preeminente de estar en presencia de un problema de salud o enfermedad mental, que a partir de la intervención de los distintos niveles de la realidad socio sanitaria comprometida, puede ser prevenida. De esta forma y a partir del conocimiento científico biomédico y sanitario acumulado en la materia, se han promovido la implementación de estrategias de intervención denominadas: (i) universales; tales como la reducción del acceso a los métodos o instrumentos del suicidio (restricciones al uso de armas, pesticidas, instalación de barreras en infraestructuras de riesgo), (ii) selectivas; centradas en la prevención en grupos de riesgo o vulnerables, como distintos tipos de terapias a personas con trastornos afectivos, dolor crónico o problemas financieros e (iii) indicadas; centradas en los individuos con alto riesgo de cometer suicidio en el corto plazo, como el manejo clínico, comunitario y servicios de seguimientos para estas personas¹.

Diversas revisiones sistemáticas de la literatura, muestran consistentemente la efectividad en materia de prevención del suicidio de: la restricción de los métodos del suicidio, el seguimiento de pacientes con intento suicida, la implementación de programas preventivos escolares, el entrenamiento de actores clave de la comunidad (gatekeeper) particularmente en equipos escolares y de aquellos que participan de líneas telefónicas de crisis. Similar evidencia positiva de efectividad se encuentra para las psicoterapias de tipo cognitivo conductual y la dialéctico conductual, así como intervenciones psicosociales en personas con historial de autoagresión^{10 11}. Por otra parte entre los fármacos con mayor evidencia de su capacidad para prevenir el suicidio se encuentran los antidepresivos, el litio, el ácido valproico y la clozapina¹⁰, en las subpoblaciones con patologías específicas en las que son indicados. También encontramos evidencia, en base a estudios cuasi experimentales, que muestran la efectividad preventiva de la capacitación de médicos de atención primaria de salud en la detección y manejo de problemas de salud mental, en países como Suecia, Hungría y Eslovenia¹⁰⁻¹².

Con todo esto, cuando se evalúan las intervenciones poblacionales complejas con múltiples componentes, que se articulan en el marco de estrategias o programas nacionales de prevención del suicidio, la capacidad para impactar en el fenómeno de los suicidios es bastante limitada, estimándose un efecto de disminución de las tasas de suicidio en un 1,38 por 100.000 habitantes, cuando se evalúa de forma agregada el efecto de los programas nacionales de prevención del suicidio sobre 21 países de la OCDE, sobre una tasa agregada de suicidio del orden de 21 por 100.000. En este mismo sentido, cuando se analiza el efecto diferencial por grupos poblacionales, se encuentra que el efecto positivo es significativo sólo para la pobla-

ción de hombres y en población de hombres y mujeres de edad avanzada. Por contraste, no se identifica un efecto significativo sobre hombres y mujeres jóvenes, ni sobre grupos de edad de la población activa en términos laborales¹³.

Sólo en Chile mueren más de 1800 personas por suicidio al año con una relación H/M de cinco es a uno, es decir fallecen por esta causa tres veces más que por accidentes laborales y casi la misma cantidad que por accidentes del tránsito, lo que explica en parte la frecuencia con la que conocemos de algún caso, ya sea en nuestros entornos laborales sociales o a través de los medios de comunicación. Cada uno de estos eventos pareciera que nos hiciera parte de un fenómeno mayor a nuestra experiencia personal, que nos inquieta y que tendemos explicar o racionalizar con una ansiedad inhabitual. En cualquier caso parecen tener en común el producir un impacto significativo en la memoria y una estela de sufrimiento, culpa, resentimiento e incertidumbre colectiva y no sólo individual.

La lectura disciplinar fragmentada de los suicidios ha llevado al predominio de una visión medicalizada y fragmentada del fenómeno y a una “discapacidad” relativa para impactar sobre el curso de su incidencia. A partir de aquello resulta necesario construir las bases para una mejor comprensión de los suicidios, articulando la vivencia psíquica como parte de una trayectoria existencial, contextualizada en los procesos culturales y socio-históricos involucrados en su producción social. No se trata entonces de negar los saberes disciplinares, sino más bien de reconocer sus limitaciones y avanzar a una comprensión articulada del fenómeno, que nos permita acciones colectivas más comprensivas y efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization.
2. Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307-330.
3. WHO (2018). Global health estimates. Geneva: World Health Organization.
4. World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework.
5. Dowden, A. (2005). New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy: Phase Two Evaluation. Ministry of Social Development.
6. Aráuz, L. C., & Aparicio, M. (Eds.). (2017). Etnografías del suicidio en América del Sur. Universidad Politécnica Salesiana.
7. Stack, S. (2000). Suicide: a 15- year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162.
8. Becker, G. S., & Posner, R. A. (2004). *Suicide: An economic approach*. University of Chicago.
9. Hawton, K., & Pirkis, J. (2017). Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 381-383.
10. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.
11. Soomro, G. M., & Kakhi, S. (2015). Deliberate self-harm (and attempted suicide). *BMJ clinical evidence*, 2015.
12. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
13. Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 73(9), 1395-1400.

PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DE PERSONAS CUIDADORAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR PABLO NERUDA DE LO PRADO, CHILE 2013

CAREGIVERS' PERCEPTIONS AND EXPECTATIONS REGARDING THE HOME-BASED CARE PROGRAM OF THE PABLO NERUDA FAMILY HEALTH CENTER IN LO PRADO. CHILE, 2013.

RESUMEN

Introducción. El programa domiciliario a usuarios con dependencia severa existe desde el año 2006 y presta servicios a personas con discapacidad que cuente con una persona cuidadora dentro del sistema público de salud chileno. Tal persona será clave en representar los requerimientos sanitarios del usuario con dependencia ante el centro de salud primario, conocido como Centro de Salud Familiar (CESFAM). En este contexto, este estudio responde a indagar ¿qué percepciones y expectativas tienen las personas cuidadoras de las prestaciones en salud que se le brindan en domicilio?. **Objetivo.** Explorar las percepciones y expectativas de las personas cuidadoras respecto a las prestaciones que les ofrece el Programa de Atención Domiciliaria en el CESFAM Pablo Neruda de Lo Prado. **Métodos.** Se utilizó un enfoque cualitativo inspirado en la tradición fenomenológica para abordar el contexto social de 11 personas cuidadoras. Para la producción de datos se realizaron entrevistas en profundidad mediante un muestreo intencional. El análisis se hizo a través del método propuesto por Moustakas. **Resultados.** Las principales percepciones de las personas cuidadoras respecto al programa se relacionaron con el apoyo económico y técnico ofrecido en el hogar; mientras que las expectativas se centraron en aumentar el recurso humano calificado y mejorar la ayuda económica que se otorga. **Conclusión.** Es urgente un mayor rol del Estado en el fortalecimiento de las redes de apoyo dirigidas a las personas cuidadoras, además de considerar la factibilidad de incrementar las ayudas económicas destinadas a este grupo de población vulnerable y con alta carga en gastos de bolsillo en salud.

Palabras clave: Personas con discapacidad, cuidadores, servicios de salud para personas con discapacidad, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction. The home-based care program for users with severe dependence, established in the Chilean public health system in 2006, provides services to individuals who are affected by a disability and who have a caregiver. These caregivers play a key role in communicating the healthcare needs of the users to their corresponding primary care centers, known as Family Health Centers (CESFAM) in Chile. In this context, this study seeks to explore caregivers' perceptions and expectations regarding the health care administered to users in their homes. **Objective.** To explore the perceptions and expectations of caregivers about the healthcare offered by the Home-based Care Program of the Pablo Neruda CESFAM in Lo Prado, Chile. **Methods.** A qualitative approach inspired by the phenomenological tradition was used to study the social context of 11 caregivers. In-depth interviews were conducted to collect data through intentional sampling. The analysis was guided by Moustakas' proposed methodology. **Results.** The caregivers' main perceptions regarding the program were related to the economic and technical support offered in their homes, while their expectations focused on increasing qualified human resources and improving the economic aid that is granted. **Conclusion.** There is an urgent need for a more pronounced role of the State in strengthening the available support networks for caregivers. Additionally, steps should be taken to consider increasing financial aid for this vulnerable group, given the high burden of out-of-pocket healthcare payment.

Keywords: Disabled persons, Caregivers, Health Services for individuals with disabilities, Qualitative research.

Hugo Juanillo
Departamento de Salud Pública,
Centro Universitario de
Ciencias de la Salud,
Universidad de Guadalajara.
ha_juanillo@med.uchile.cl

José Sulbrandt
Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Artículo recibido el 31/12/2017
Aceptado el 27/12/2018

INTRODUCCIÓN

En el año 2004 se realizó en Chile la Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, la que evidencia que más de dos millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, mientras que el 35% de los hogares tiene al menos un integrante con discapacidad¹. Por su parte el Fondo Nacional de la Discapacidad establece que a menor nivel económico de las personas con dependencia, éstas presentan mayores grados de severidad, representando un 49% en los estratos socioeconómicos bajos, lo que implica un factor importante a la hora de establecer causalidades de la pobreza, principalmente en grupos etarios vulnerables como niños y adultos mayores². Autores como Tobío, alertan que del envejecimiento poblacional y el aumento en la expectativa de vida de las personas, emergen nuevos grupos sociales que demandan cuidados; adultos mayores, personas con secuelas de enfermedades cardiovasculares y discapacidades³. Además quienes se responsabilizan por estos cuidados al interior de los hogares, es habitualmente un familiar⁴.

Desde una perspectiva sanitaria, la dependencia debe ser analizada en conjunto con la discapacidad, ya que la primera es consecuencia de un grado severo de la segunda⁵. En Chile, la Ley 20.422, considera tanto la dependencia como la discapacidad de acuerdo con lo señalado; de igual manera precisa las personas que pueden estar involucradas en las tareas de cuidados, las que pueden ser remuneradas o no, sin necesidad de tener vínculos de parentesco con la persona que los necesita⁶. De esta manera, el cuidado de las personas dependientes por lo general recae en la familia⁷. En países latinoamericanos la red familiar y sus integrantes femeninos son considerados fundamentales en la provisión de cuidados ante la inexistencia de una respuesta institucional frente las demandas crecientes de esta población⁸.

La socióloga británica Carol Thomas, plantea que gran parte del debate en torno al estudio de los cuidados se generó a partir de la década de los noventa, nutrida en gran parte de las investigaciones feministas de la década de los ochenta⁹. La contribución de esta investigadora desde el ámbito de la salud está en señalar que el estudio y análisis del cuidado debe realizarse a partir de su consideración como un trabajo, remunerado o no, y que es realizado por mujeres, con el objetivo de generar información y

propuestas que ayuden a la generación de políticas sociales¹⁰.

Una perspectiva más reciente y desde un contexto latinoamericano, refiere que al cuidar se produce trabajo, un costo y emotividad; siendo estas labores asumidas por las mujeres de las familias lo que deriva en la exclusión de éstas del mercado laboral¹¹.

En Chile, al igual que en países iberoamericanos, la tarea del cuidado recae principalmente en mujeres, quienes no son remuneradas por sus labores encontrándose principalmente en edades económicamente activas y compatibilizando estas funciones con las tareas habituales del hogar^{12,13}. De igual manera, son ellas quienes fungen como mediadoras entre las instituciones y las personas impedidas de solicitar asistencia por sí mismas (personas enfermas, ancianas o discapacitadas del grupo familiar)¹⁴.

Estas características implican que este trabajo esté invisibilizado, al ocultarse la verdadera dimensión del cuidado informal por considerarse actividades netamente domésticas que se desarrollan en el ámbito privado de los hogares^{15,16}.

No es menor entonces considerar en estas latitudes a la familia y a las mujeres como actores importante en el cuidado que se entrega a las personas con dependencia severa. En Chile desde los albores de la política destinada a las personas mayores, se considera que parte importante de esta problemática debe ser resuelta por la comunidad y la misma familia¹⁷, mientras que el apoyo técnico-sanitario es entregado desde los centros de atención primaria a través de programas de asistencia en domicilio¹⁸.

Es así como a partir del año 2006 se implementa el Programa Domiciliario a Usuarios con Dependencia Severa (UCDS) en Centros de Atención Primaria. Este programa está dirigido a beneficiarios del sistema público de salud que presenten dependencia severa según el Índice de Barthel¹⁹, y que además cuenten con una persona cuidadora (PC) encargada de las labores diarias de sus cuidados²⁰. El programa con los años logra alcanzar cobertura a toda persona con algún grado de discapacidad sin importar su edad, pero que cuente con una PC responsable de sus cuidados; un actor clave en representar los requerimientos de salud del UCDS ante los Centros de Salud Familiar. A pesar de que la PC por lo general es un familiar, el programa no desestima el ingreso de personas de la misma red de apoyo del UCDS como vecinos, amigos, entre otros²⁰.

El ingreso de los UCDS al programa lo evalúa un equipo multidisciplinario de salud y debe cumplir con ciertos criterios de inclusión, ya que además de brindar asistencia domiciliaria, el programa contempla un subsidio dirigido a la PC denominado estipendio, cuyo objetivo es disminuir las institucionalizaciones de los UCDS¹⁹.

En términos administrativos, los indicadores de monitoreo del programa no consideran las percepciones de quienes utilizan sus prestaciones (tanto UCDS como las PC). En este sentido, sólo en los últimos años se han empezado a considerar las percepciones y expectativas como componentes a tener en cuenta al momento de brindar atenciones en salud, siendo un desafío metodológico abordarlas en su contexto^{21, 22}. Por cierto, tanto percepciones como expectativas son cada vez más estudiadas para comprender lo que las personas conciben de un servicio una vez que lo utilizan, al contemplar las percepciones y expectativas que tienen de éste, cobrando importancia para futuras evaluaciones programáticas²³. Al respecto, Ruiz destaca la importancia de interpretar las percepciones por parte del investigador, con el fin de atribuirles los significados que las personas logren establecer²⁴. Abordar además las expectativas de quienes solicitan un servicio, implica reconocer que en los modelos actuales de gestión no es suficiente precisar si la persona que utiliza un servicio presenta una percepción positiva o negativa de éste, sino que importa valorar sus percepciones y cómo éstas se relacionan con sus expectativas²⁵, determinando finalmente cómo confluyen percepciones y expectativas en torno a los programas de salud y si se ajustan a las necesidades de los usuarios.

Indagar en estas dimensiones mediante un estudio descriptivo a través de técnicas de investigación cualitativa, es útil no sólo para complementar la información que existe del programa, sino que también para la superación continua de los servicios orientados a la población que hace uso de ellos, en este caso, las PC y los UCDS del programa. Por ello, el objetivo de este estudio es conocer las percepciones y expectativas que tienen las PC acerca del programa al que pertenecen.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, empleando el procedimiento propuesto por Moustakas y que deriva de la tradición fenomenológica, ya que permite profundizar y describir el fenómeno de estudio en su contexto social²⁶. Para la definición de la unidad muestral se utilizó un muestreo intencionado (por criterios) en el cual se eligen los sujetos en función de criterios relevantes del estudio, así, las unidades de muestreo representan variantes discursivas del fenómeno²⁷.

Este estudio inicialmente estimó la participación de 45 personas que fueron validadas al 31 de enero de 2013 como PC por el Programa de Atención Domiciliaria del CESFAM Pablo Neruda ubicada en la comuna de Lo Prado.

Los criterios de inclusión de la unidad muestral fueron:

- PC que estén incorporados al programa al mes de enero de 2013.
- PC mayores de 18 años de UCDS del CESFAM Pablo Neruda.
- Contar con 12 atenciones como mínimo al 31 de enero de 2013.

De igual forma, los criterios de exclusión fueron:

- Cualquier tipo de discapacidad cognitiva que dificulte la comunicación con la PC.
- La PC no podía ser familiar directo de algún miembro del CESFAM.
- PC que hayan perdido su calidad administrativa como tal durante el desarrollo del estudio.
- Cambio en la clasificación de dependencia del UCDS.

De esta manera las personas que cumplieron con los criterios establecidos fueron 27 PC, por lo que se procedió a contactarlas telefónicamente a partir de los datos proporcionados por la profesional encargada del programa para invitarlas a participar del estudio. Después de explicar los objetivos de la investigación de manera general, si la persona accedía a participar, se acordaba el lugar para realizar la entrevista en profundidad. Una vez que se logró estar con la persona, se procedió a leer y firmar el consentimiento informado en conjunto, además de resolver dudas que la PC tuviera en ese momento.

Antes de iniciar el trabajo de campo, se revisaron documentos y bases de datos del programa como

primera aproximación a la información de las PC. Una vez en terreno, la técnica que se aplicó a todos quienes participaron de la investigación fue la entrevista cualitativa en profundidad. La guía de la entrevista cumplió con los dos criterios establecidos por Di Silvestre, en relación a ser lo menos directivo posible sin que oriente las respuestas y que tenga preguntas que permitan profundizar aún más en las respuestas dadas²⁸.

En vista que a las PC les resultaba complejo salir de sus viviendas frente al impedimento de no poder (o no querer) dejar solos a los UCDS, el consentimiento estableció que las PC serían quienes señalarían el lugar que más les acomodara para ser entrevistadas, con el fin de cumplir con una ventaja de esta técnica que se relaciona con la intimidad que puede alcanzarse en los contextos de la conversación y su comodidad para el entrevistado, además de su riqueza informativa, posibilidad de indagación y su accesibilidad a información difícil de observar²⁹.

Las entrevistas realizadas fueron grabadas en audio y tuvieron una duración de 60 a 90 minutos en promedio. Finalmente se llevaron a cabo once entrevistas en profundidad entre el 18 de octubre y el 7 de diciembre de 2013, decisión tomada en este punto ya que paulatinamente se evidenció redundancia en la información recolectada³⁰, es decir, las PC no proporcionaron nueva información relevante a la ya registrada. Esto comenzó a suceder a partir de la entrevista número nueve, aplicándose dos entrevistas más para confirmar tal redundancia.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se exponen las características de las PC que participaron del estudio en la comuna de Lo Prado y que fueron abordadas en sus respectivos hogares a través de entrevistas en profundidad

Contexto social de las PC

Las PC contactadas presentan en promedio 54,5 años de edad, encontrándose el 55% en el tramo de 18 a 59 años. El 73% de las PC son de sexo femenino y de ellas el 88% tiene algún tipo de parentesco con la persona que cuidan, siendo mayoritariamente hijas (57%) de las personas a su cargo. Sólo una persona no tenía parentesco con el UCDS y sólo las unían relaciones sociales establecidas como vecinas al interior de la comunidad a lo largo de los años.

En cuanto a los tipos de familias de las PC de acuerdo con su extensión, es posible reconocer pertenencia a familias nucleares (participantes 2, 4, 5 y 8), monoparentales (participantes 6, 7 y 11), extensa (participantes 1, 3, y 9) y ensamblada (participante 10). Las viviendas eran de propiedad de las PC en un 36%, del UCDS en un 36% y arrendadas por las PC en un 28%.

Todas las PC hacían uso de la red asistencial de salud pública del área Metropolitana Occidente y eran beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA), siendo su red inmediata de atención en salud el CESFAM Pablo Neruda.

Con respecto a las actividades laborales, sólo el 27% de las PC tenía alguna actividad por la que recibía algún tipo de remuneración y que no estaba asociada a un contrato laboral, lo que les permitía una compatibilidad en los trabajos de cuidados al interior de los hogares. En este sentido, las PC al estar incorporadas al Programa de Atención Domiciliaria, contaban con una asignación de puntaje otorgada por la Ficha de Protección Social, instrumento implementado en Chile desde el año 2007 para seleccionar a los beneficiarios a prestaciones sociales y así focalizar los recursos a la población más desfavorecida³¹. Las PC que estaban dentro del Programa debían contar con un puntaje que no podía ser mayor a 8.500 puntos³², lo que implica que pertenecían a familias que se encontraban en el grupo del 20% más vulnerable de la población³³.

El programa es percibido por quienes utilizan sus prestaciones habitualmente como una instancia de apoyo técnico y económico, derivando en agradecimiento por las intervenciones recibidas. Este respaldo sería el que contribuye a proporcionar seguridad y destreza en las tareas de cuidado que las PC van adquiriendo paulatinamente a medida que van permaneciendo en el programa.

“Creo que me aportaron, cómo tomar los ejercicios, todo en general. A mí el programa me aportó todo lo que yo sé” (Participante 6; 55 años; cuida a su madre)

“Lo otro que me ayuda es que dan una plata ... Igual me ha servido hartito porque yo no tengo ningún otro ingreso más que el subsidio familiar” (Participante 2; 25 años; cuida a hijo)

“Con esas herramientas que me han aportado yo

Tabla 1. Características de las personas entrevistadas

Participante	Edad (años)	Sexo	Ocupación	Personas a cargo	Condición de la persona cuidada	Relación con la persona cuidada
1	73	Masculino	Jubilado	2	Menores con discapacidad psíquica	Abuelo
2	25	Femenino	Dueña de casa	1	Menor con discapacidad motora	Madre
3	55	Femenino	Dueña de casa	1	Persona mayor dependiente severa	Hija
4	46	Femenino	Contadora	1	Persona mayor dependiente severa	Hija
5	65	Masculino	Jubilado	1	Persona mayor dependiente severa	Esposo
6	55	Femenino	Comerciante	1	Persona mayor dependiente severa	Hija
7	68	Femenino	Jubilada	1	Persona mayor dependiente severa	Hija
8	31	Femenino	Dueña de casa	1	Menor con discapacidad psíquica y motora	Madre
9	41	Femenino	Dueña de casa	1	Menor con discapacidad psíquica y motora	Madre
10	69	Femenino	Dueña de casa	1	Persona mayor dependiente severa	Vecina
11	72	Masculino	Pensionado y trabajos esporádicos	3	Adultos con discapacidad psíquica y motora	Padre

puedo atender a mi madre mejor” (Participante 3, 55 años; cuida a su madre)

Se destacan las visitas domiciliarias ejecutadas por el personal sanitario, especialmente el compromiso de los profesionales con la labor que realizan. A esto se suma el buen concepto que se mantiene de las capacitaciones que se realizan anualmente, actividad que está establecida programáticamente.

“La vienen a ver acá, cuando yo he ido a solicitar algo siempre he encontrado buena acogida” (Participante 7; 68 años; cuida a su madre)

“Un siete pa’ esas chiquillas que nos hacen esas clases” (Participante 10; 69 años; cuida a su vecina)

“La parte humana y profesional es comprometida, más bien, tienen ética para trabajar” (Participante 6; 55 años; cuida a su madre)

Además se aprecia una conformidad por los servicios otorgados, la respuesta demostrada en los momentos que las PC han requerido de sus servicios y el buen trato recibido por los funcionarios que participan en él, emergiendo diferencias cuando las PC recordaron experiencias vividas en otros niveles de la red asistencial de salud.

“Se han esforzado en darme lo que realmente mi mami ha necesitado” (Participante 3; 55 años; cuida a su madre)

“Siempre me están tratando de buscar una solución” (Participante 4; 46 años; cuida a su madre)

“Te escuchan, te ponen atención, yo he ido a otras partes adonde siento que eh soy na’ poh, no te pescan, les da lo mismo” (Participante 9; 41 años; cuida a hijo)

Las PC perciben un mayor déficit en las atenciones médicas y las de urgencia que han requerido en algún momento

“Sé que dan horas preferenciales para los adultos mayores, pero si no hay médico, hasta ahí no más llegamos” (Participante 4; 46 años; cuida a su madre)

“Y esto está pasando en todo el país que no hay médicos, que no hay visitas entonces” (Participante 5; 65 años; cuida a su esposa)

“Ahh, se tiene que esperar poh señora, no hay médicos” (Participante 10; 69 años; cuida a su vecina)

Expectativas de las PC del Programa de Atención domiciliaria

Una vez ingresadas al programa, las PC no presentan mayores expectativas frente al desconocimiento que tienen de las prestaciones sanitarias involucradas. Una vez incorporadas, son estimuladas a continuar conociendo y participando de éste.

“De primera no, no me había interesado mucho porque uno no conoce bien las cosas, por lo tanto no me había interesado” (Participante 2; 25 años; cuida a hijo)

“Que era más publicidad, ésa es la verdad, más publicidad para la comuna para el consultorio. No creía...” (Participante 6; 55 años; cuida a su madre)

“Yo partí sin ninguna expectativa, entonces después de salir de ahí, ya salí conforme, y salí con ganas de volver” (Participante 9; 41 años; cuida a hijo)

Una aspiración de las PC es que en el futuro el programa incremente su financiamiento y con ello logre ampliar su cartera de servicios, de acuerdo a las necesidades que presentan los usuarios.

“Que hubieran como más utensilios que ellos necesitan, una cosa así. Por ejemplo, si necesitan gasas, que haya como por ejemplo un stock solamente para los postrados o los sueros. Esas cosas” (Participante 8; 31 años; cuida a hija)

“Una ambulancia más para el consultorio, porque no va a ser mío el problema no más” (Participante 5; 65 años; cuida a su esposa)

“Que contrataran a más, más enfermeros, paramédicos, un doctor, pero especialmente para las visitas de los postrados que lo necesitan, que se dediquen sólo a eso, a visitar a la gente, no que estén solamente en el consultorio” (Participante 8; 31 años; cuida a hija)

Las PC que cuidan niños con dependencia severa esperaban que el programa diera mayores herramientas educativas dirigidas a cuidados específicos según la edad, ya que no guardan relación en absoluto con los cuidados destinados al adulto mayor, y que son los contenidos que habitualmente se pro-

porcionan en estas instancias educativas.

“Podría haber partido con un programa así, un grupo para niños o dentro de un mismo grupo, indicaciones para niños y después para el adulto” (Participante 1; 73 años; cuida a una nieta y a un nieto)

Por último, las personas esperan del programa un crecimiento que involucre mejorar el apoyo que proporcionan, específicamente se menciona la ayuda económica conocida como estipendio.

“La parte que se sacrifica es la parte monetaria, esa es la verdad, eso yo le pediría al programa” (Participante 6; 55 años; cuida a su madre)

DISCUSIÓN

Este estudio reporta una diversidad etaria, de parentesco y de roles, similar a las caracterizaciones de las PC de otros países latinoamericanos. En las familias por tanto, son las mujeres quienes se encargan de proporcionar los cuidados a los UCDS^{1, 8}. Tal como lo reportan los estudios, las mujeres son quienes asumen cuidados en una etapa de sus vidas que podrían estar insertas en el mercado laboral^{12, 13}, pero que se ven impedidas de hacerlo al tener que asumir estas labores. Esto implica la postergación de la participación en dicho mercado y asimismo asumir un trabajo sin remuneración ni protección social como cualquier trabajo formal.

Si bien es cierto que los cuidados son brindados principalmente por las mujeres de las familias, también existe una respuesta que proviene desde la comunidad y sin ningún tipo de vinculación de parentesco, lo que por cierto está considerado en la legislación chilena⁶

Además se aprecia lo planteado en el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad. Al no ser posible determinar la dependencia severa a un determinado segmento etario, las PC brindan asistencia a personas de todas las edades, las que aumentan en número a medida que avanzan en edad¹.

Entre las percepciones de las PC respecto del programa y su implementación, a través de los años destacan las capacitaciones, la asistencia profesional, las visitas domiciliarias proporcionadas por el personal de salud, y el buen trato que se brinda a la PC. Todo esto estaría contribuyendo favorablemente a cumplir los objetivos que debieran tener los pro-

gramas de salud destinados a las personas con algún tipo de discapacidad, y que propone la ley 20.422, contextualizada en las actividades de mejoramiento continuo de la calidad de vida de quienes mantienen algún tipo de dependencia⁶. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también coincide en el avance y fortalecimiento de estas prácticas, conocidas como los “principios irrenunciables de la Atención Primaria”, que corresponden básicamente a los elementos característicos de atención que lo hacen distinto de otros modelos de atención^{34, 35}. Bajo esta premisa, lo que acá se estaría fortaleciendo es la integralidad de la atención, entendida como las intervenciones que se realizan en las familias para afrontar las dificultades, a través de una cartera de servicios suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde un enfoque biopsicosocial de la persona¹⁸. Ciertamente esta orientación técnica que el programa brinda a las PC contribuiría en gran medida al buen concepto en general que se tiene de él.

Las PC refieren que las capacitaciones que el programa ofrece, permiten implementar en la práctica cotidiana conocimientos y habilidades implicadas en el cuidado de un UCDS. Esto contribuye a la adquisición de destrezas preventivas que el programa se ha propuesto brindar a las PC desde su génesis^{19, 36}. Debe considerarse que la contribución en la comunidad de esta medida aparentemente sencilla, está en concordancia con las recomendaciones que la OPS establece para el fortalecimiento de la Promoción de la Salud mediante las Funciones Esenciales de la Salud Pública, al poner a disposición de la comunidad los servicios para educar a la población en materias sanitarias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas^{37, 38}.

El déficit de atenciones médicas percibidas por las PC es compatible con la información que reporta la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en sus publicaciones periódicas³⁹ y estudios realizados a nivel nacional⁴⁰. Esto sería lo que desencadena en parte las expectativas no cumplidas manifestadas por las PC. En este sentido, se observa lo que reportan estudios en relación a que éstas se van cumpliendo en la medida que la PC comienza a conocer el programa acorde avanzan sus encuentros con el personal sanitario³⁶. Pese a ello, las expectativas no se incrementan con el tiempo, concordando con estudios clásicos rela-

cionados con calidad de los servicios de salud, que sustentan que las bajas expectativas pueden estar relacionadas con la percepción positiva⁴¹ de las PC respecto al programa, y que es lo que ocurriría en este caso.

Es preocupante que las expectativas insatisfechas de las PC de menores de edad señalen que las sesiones educativas estén destinadas principalmente al cuidado de las personas mayores, que por cierto es el grupo objetivo más prevalente del programa^{5, 42}. Esto es precisamente lo que entraría en contradicción a lo ya señalado, respecto a brindar prestaciones que respondan a las necesidades específicas de las personas³⁵.

Las PC esperan que aumente el subsidio económico que el programa les brinda y que a la fecha ha tenido bajos incrementos, comprometiendo el bienestar de las personas con discapacidad y que está establecido en la ley 20.422, en el propósito de ir mejorando tanto la calidad de vida como las oportunidades de desarrollo que ellas debieran tener⁶. Esta situación manifestada por las PC está en concordancia con estudios nacionales que señalan que los hogares que tienen a un UCDS van mermando sus ingresos familiares y con ello los gastos derivados de salud necesarios. Es claro, además, que la PC ve comprometida su inserción laboral a medida que va pasando el tiempo en estas funciones, ya que la dependencia de las personas que cuidan van aumentando en grados con el tiempo^{2, 5}. Precisamente esto es lo que desencadena el alto gasto de bolsillo experimentado por las familias de las PC lo que es evidenciado por estudios que establecen que el gasto de bolsillo en salud de Chile es uno de los más altos de los países que pertenecen a la OCDE^{43, 44}.

Entre las ventajas de este estudio se encuentra indagar en información no abordada con antelación desde una perspectiva cualitativa, en donde el investigador responsable fungió como parte del instrumento de investigación, es decir, se convirtió en actor de la misma⁴⁵ lo que implicó una penetración en el proceso interpretativo propio de la fenomenología, al alcanzar lo que Janesick describe como “base para la comprensión de los mundos de los participantes y el significado de la experiencia compartida entre el investigador y los participantes en un contexto social dado”⁴⁶, que para este estudio podría ser considerado una potencialidad.

Por su parte, entre las limitaciones del estudio,

sólo fue analizado uno de los CESFAM de la zona occidente de la Región Metropolitana, por lo que sería pertinente conocer cómo se ha desarrollado este tipo de programas en otras zonas de la capital de distintos estratos socioeconómicos, además de la red de atención primaria que opera en contextos rurales en Chile. Una aproximación al fenómeno más integral también implicaría considerar a los gestores del programa y tomadores de decisión, a partir de diseños que permitan proporcionar interpretaciones ricas y detalladas de distintos actores del fenómeno como en el caso de la teoría fundamentada⁴⁷.

CONCLUSIONES

Es necesario en el corto plazo un mayor rol del Estado en mejorar las ayudas focalizadas a la población que debe asumir la responsabilidad no sólo de cuidar sino que también de mantener a los UCDS, constituida principalmente por mujeres que en muchas ocasiones no tienen otra alternativa. Una instancia sería el diseño de una estrategia que fortalezca las redes que ya existen y que son valoradas por las personas, como este tipo de programas, por lo que es indispensable aumentar el financiamiento destinadas a diversificar las prestaciones destinadas a este grupo de personas. Lo expresado en las entrevistas advierte de la disminución del presupuesto económico familiar que sufren los hogares de las PC. Si bien el estipendio logra en algo mermar las dificultades económicas de las PC, éstas destacan que el monto es insuficiente, por lo que si este beneficio aumenta, se podría gradualmente subsanar el gasto de bolsillo en que incurren las familias de los UCDS.

Agradecimientos

A todas las personas que nos confiaron sus generosos relatos que fueron un pilar fundamental para este estudio, a la Dirección del Centro de Salud Familiar Pablo Neruda y a todo su personal.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni apoyo económico para la realización de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zondek A, Zepeda M, Recabarren E. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Santiago: FONADIS; 2005.
2. Fondo Nacional de la Discapacidad (Chile). Discapacidad en Chile: pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano. Santiago: FONDIS; 2006.
3. Tobío C, Agulló M, Gómez M, Martín M. El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. [Internet]. Primera edición. Barcelona: Fundación La Caixa; 2010. [consultado 13 nov 2017]. Disponible en: https://multimedia.caixabank.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/estudiossociales/vol28_completo_es.pdf
4. Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larumbe M, Aizcorbe C, et al. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico: una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Esp de Psiq.* 2002;30(4):201-206.
5. González F, Massad C, Lavanderos F. Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Santiago: SENAMA; 2009.
6. Chile. Ministerio de Planificación Social. Ley 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. *Diario Oficial* (Feb. 3-2010)
7. Miranda D. Cuidado informal a mayores dependientes en Chile: ¿quiénes cuidan y con qué políticas sociales cuentan?. *América Latina Hoy.* 2015;71:83-101. Doi: <http://dx.doi.org/10.14201/alh20157183101>
8. Blofield M, Martínez J. Trabajo, familia y cambios en la política pública en América Latina. Equidad, maternalismo y corresponsabilidad. CEPAL [en línea] 2014 [consultado el 13 nov 2017]: 107-125. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/37439>
9. Thomas C. De-constructing concepts of care, *Sociology.* 1993;27(4):649-669.
10. Carrasco C, Borderías C, Torns T. El Trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas. Madrid: Catarata; 2011.
11. Batthyány K, Genta N, Perrotta V. Un mirada de género a las representaciones sociales del cuidado de las personas mayores. *Revista Latinoamericana de Población.* 2013;13(7):149-172.
12. Albala C, Sánchez H, Bustos C, Fuentes A. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. Santiago: INTA; 2007.

13. Araya, MI. El cuidado familiar de adultos mayores y discapacitados en Chile. En: Durán MA (ed). El trabajo de cuidado en América Latina y España. Documento de trabajo.º 54. Madrid: Fundación Carolina; 2011. p 153-160.
14. Gálvez T, Matalama MI. La economía de la salud y el género en la reforma de salud. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
15. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18(4):132-139.
16. Vaquiro-Rodríguez S, Stjepovich-Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería.* 2010;16(2):17-24.
17. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Actualización Política Nacional para el Adulto Mayor. Santiago: SENAMA; 2004.
18. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2015. Santiago: División de Atención Primaria; 2015.
19. Chile. Ministerio de Salud. Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. Santiago; 2013.
20. Chile. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Programa de atención domiciliaria a personas con discapacidad severa. Santiago; 2011.
21. Moreno M, Náder A, López M. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances en enfermería* [en línea], 2004 [consultado el 11 Nov 2017];1(22):27-38 Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37935>
22. Servicio Nacional de Adulto Mayor (Chile). Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. Santiago: Red de Protección; 2009.
23. Jélvez A, Riquelme Y, Gómez N. Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. *Horizontes Empresariales* [en línea]. 2015 [consultado el 12 nov 2017]; 9(2): 51-72. Disponible en: <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/HHEE/article/view/2032>
24. Ruiz J. Metodología de la investigación cualitativa. 5a ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012
25. Palacios F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bell M, Piñol J. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria* [en línea]. 2003 [consultado el 12 Nov 2017]:31:307-14. Disponible en: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0212656703791847>
26. Moustakas C. *Phenomenological Research Methods.* 1a ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1994.
27. Ulin P, Robinson E, Tolley E. *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos.* 1a ed. Washington, D.C: OPS; 2006.
28. Di Silvestre M. *Metodología cualitativa: fundamentos y metodología.* 1a ed. Santiago: PIMO; 2012.
29. Valles M. *Entrevistas cualitativas.* Primera edición (reimpresión). Madrid: CIS; 2007
30. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación.* La búsqueda de significados. Primera edición. Barcelona: Paidós; 1987.
31. Herrera R, Larrañaga O, Telias A. La Ficha de Protección Social. En: Larrañaga O, Contreras D, eds. *Las nuevas políticas de protección social en Chile.* Santiago: Uqbar Editores; 2010. p. 265-296.
32. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Circular Programa de apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad postradas con discapacidad severa o pérdida de autonomía. 2007.
33. Instituto Nacional de Estadísticas (Chile). *Estratificación socioeconómica en encuestas de hogares.* Santiago: Departamento de Estudios Sociales; 2011.
34. Organización Panamericana de la Salud. *Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud.* Washington D.C: OPS; 2012.
35. Chile. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.* Santiago: Ministerio de Salud; 2013.
36. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. *Norma de cuidados domiciliarios de personas que sufren de discapacidad severa.* Santiago: Ministerio de Salud; 2006.
37. Suárez-Conejero J, Godue C, García-Gutiérrez J, Magaña-Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Pública* [en línea]. 2013 [consultado 12 Nov 2017]; 34:47-53. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9154>
38. Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del*

- desempeño y bases para la acción. Washington D.C: OPS; 2002.
39. Organisation for Economic Co-operation and Development. Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014: Chile en comparación. París: OCDE; 2014.
 40. Goic A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Méd Chile* [internet]. 2015 [consultado el 2017 Nov 13]; 143 (6): 774-786. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000600011&lng=es
 41. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual model of Service Quality and its implications for future research. *J Mark* [en línea]. 1985 [consultado el 12 de nov 2017]; 49(4):41-50. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/1251430?seq=1#page_scan_tab_contents
 42. Chile. Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Departamento de Asesoría Jurídica. Convenio entre el SSMO y la I. Municipalidad de Lo Prado sobre programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. Santiago; 2012.
 43. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Panorama de la Salud 2015: indicadores de la OCDE. París: OECD; 2015.
 44. Castillo-Laborde C, Villalobos Dintrans P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Rev Méd Chile* [en línea]. 2013 [consultado el 10 Nov 2017]; 141(11): 1456-1463. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001100013>.
 45. De la Cuesta-Benjumea C. El investigador como instrumento flexible de la indagación. *Int J Qual Methods* [en línea] 2003;2(4) [consultado el 3 Jul 2018]. Disponible en: https://sites.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf
 46. Janesick VJ. La danza del diseño de la investigación cualitativa: metáfora, metodolatría y significado. En: Denman CA, Haro JA, eds. *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2000. p. 227-251.
 47. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. En: Pope C, Mays N, eds. *Qualitative research in health care*. London: BMJ books; 2006: 63-81.

ADHERENCIA A LA INGESTA DE LOS PRODUCTOS DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM) DESDE LA SUBJETIVIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE HUALPÉN, CHILE

UNDERSTANDING OLDER ADULTS' ADHERENCE TO THE CONSUMPTION OF PRODUCTS PROVIDED BY THE SUPPLEMENTARY FOOD PROGRAM FOR OLDER ADULTS (PACAM) BY EXPLORING THE POINT OF VIEW OF USERS FROM THE MUNICIPALITY OF HUALPÉN, CHILE.

RESUMEN

Introducción. El Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) es un programa chileno destinado a prevenir y recuperar el daño nutricional en los adultos mayores. La escasa adherencia de los últimos años motiva este estudio. **Objetivo.** Comprender cuáles son los motivos de la baja adherencia de las personas mayores a la ingesta de los productos del PACAM (bebida láctea y crema en polvo fortificada llamada 'Años Dorados'), con el fin de proponer alternativas de mejora del programa desde los propios intereses y valoraciones de los usuarios adultos mayores. **Método.** Es un estudio cualitativo de carácter fenomenológico y hermenéutico enfocado en la interpretación del significado de las experiencias individuales subjetivas. El estudio realizado el primer semestre del 2017, conllevó 20 entrevistas semiestructuradas realizadas a los adultos de ambos sexos beneficiarios del PACAM de la comuna de Hualpén, Chile. **Resultados y conclusión.** Olor, sabor, consistencia, formas de preparación y cantidad de los formatos son algunos de los elementos organolépticos definidos por las personas mayores, mientras los elementos externos incluyen calidad de vida, red social, influencia de otros usuarios, relación con los profesionales en los servicios de salud, cotidianidad y hábitos.

Palabras claves: Adulto mayor, programa alimentario, adherencia, subjetividad, enfoque de derechos.

ABSTRACT

Introduction. The Supplementary Food Program for Older Adults (known by the acronym PACAM) is a Chilean program aimed at preventing and/or supporting elderly individuals' recovery from malnutrition. Poor adherence to PACAM in recent years motivates this study. **Objectives.** To understand the reasons for the low adherence of older adults to the consumption of PACAM products (milk drink and a fortified powdered soup known as "Golden Years Cream"), in order to propose alternatives for improving the program based on the interests and preferences of elderly users. **Methods.** A qualitative study, with a phenomenological and hermeneutical approach, was conducted, focused on interpreting the meaning of the users' subjective experiences. The study, which was carried out during the first semester of 2017, consisted of 20 semi-structured interviews conducted with older adults of both sexes, who were beneficiaries of PACAM in the Chilean municipality of Hualpén. **Results and conclusions:** Food odor, taste, consistency, preparation, and quantity were some of the organoleptic properties identified by the subjects, while the external factors included quality of life, social networks, the influence of other users, relationships with professionals in the health centers, daily life, and habits.

Keywords: Older adults, Food program, Adherence, Subjectivity, Rights approach.

Estefanía Parra-Muñoz, M.Sc.
Nutricionista. Facultad de Medicina.
Universidad Católica de la Santísima
Concepción.

María Belén Ortega-Senet,
PhD, Trabajadora Social, Centro
de Investigación de Educación y
Desarrollo de la Universidad Católica
de la Santísima Concepción,
mbortega@ucsc.cl

Artículo recibido el 20/03/2018.
Aceptado el 31/07/2018

INTRODUCCIÓN

Demográficamente, Chile presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional, constituyendo junto a Cuba, Uruguay y Argentina el grupo de países latinoamericanos en transición demográfica avanzada. Este dato se traduce en un aumento considerable de la población adulta mayor. Se estima que para el año 2025, habrá un adulto mayor por cada menor de 15 años y, hacia el 2050, esta cifra aumentaría a 1.71.

El Servicio Nacional Del Adulto Mayor (SENAMA) considera que es necesario una política integral que aborde los desafíos del envejecimiento progresivo de la población en un país donde la brecha de inequidad sigue siendo muy grande²⁻³. De este modo, el SENAMA considera que la planificación y distribución de los servicios para los ancianos deben estar enfocadas a dar respuesta a sus necesidades específicas, e idealmente incluir prestaciones que promuevan salud e independencia relativa; incluyendo aquellos con limitaciones que requieran cuidado institucionalizado⁴⁻⁵.

Como estrategia para la implementación de las políticas de seguridad alimentaria se desarrollaron los programas de apoyo o asistencia alimentaria, que buscan contribuir a la prevención de la malnutrición por déficit asegurando la disponibilidad y acceso a los alimentos. Por su parte, los países de Latinoamérica y el Caribe implementaron políticas públicas por medio de programas de asistencia alimentaria, enfocados a la población más vulnerable⁶. Su finalidad era garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de sus pueblos, considerando los cinco pilares que la componen: disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico, calidad e inocuidad de los alimentos.

En el caso de Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) crea en 1999 el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). El programa se inició con la entrega mensual de 2 kg de un alimento precocido llamado "Crema Años Dorados". Tras una evaluación inicial, el producto mostró adecuada aceptabilidad por parte de la población beneficiaria; sin embargo, aparentemente, al cabo de unos años su ingesta disminuyó debido a la fatiga generada por el uso reiterado de un producto de sabor definido. En consecuencia, el Ministerio de Salud en conjunto con el Departamento de

Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile decidieron explorar nuevas alternativas, desarrollando la Bebida Láctea. El producto mostró una adecuada aceptabilidad y tolerancia, por lo que a partir del 2005 se decide su utilización a nivel nacional, entregando un kilo mensual de "Bebida Láctea", en reemplazo de un kilo de la "Crema Años Dorados". De esta forma, actualmente los beneficiarios del programa tienen derecho al retiro mensual de 1 kg de Bebida Láctea y 1 kg de Crema Años Dorados⁷.

A pesar de los beneficios que otorga el Programa, hay una gran cantidad de adultos mayores que dejan de retirar de forma mensual los productos o, en su defecto, los retiran pero no los ingieren. Contamos con algunos estudios previos en Chile donde los usuarios resaltaron los beneficios para la salud y la gratuidad como los elementos más destacables del producto Crema Años Dorados, tras la aplicación de encuestas en el año 2014⁸. Con respecto a los motivos por el cual las personas mayores no retiran el producto, estos están relacionados con factores como el disgusto con el producto, limitaciones físicas para ir a retirarlo, o la no necesidad del producto⁹⁻¹¹. No obstante, se hace necesario una profundización para observar otros elementos no adscritos al producto definidos especialmente desde el conocimiento de los propios beneficiarios¹²⁻¹³.

Por consiguiente, este estudio aporta factores nuevos de incidencia en la adherencia a los productos desde la experiencia y valoración de los beneficiarios. Con ellos se puede lograr mayor aprehensión de la situación objetiva y subjetiva, que permita elaborar propuestas más atingentes a la realidad sentida de los adultos mayores y con vistas a integrar el Enfoque de Derechos a un nuevo paradigma para la vejez. Este nuevo paradigma debe desarrollar y garantizar principios de participación, desarrollo integral, adaptación a sus características bio-socio-culturales, limitaciones y potencialidades y, sobre todo, garantizar eficazmente sus derechos a través de las políticas públicas y de desarrollo de programas¹⁴.

MÉTODOS

El objetivo planteado fue comprender cuáles son los motivos de la baja adherencia de las personas mayores a la ingesta de los productos del PACAM (Bebida Láctea y Crema Años Dorados), con el fin de

proponer alternativas de mejora del programa desde los propios intereses y valoraciones de los usuarios adultos mayores. Para ello, se quiso profundizar tanto en los elementos organolépticos como externos al producto, con el fin de aportar y complementar a los estudios previos en Chile.

Se diseñó un estudio cualitativo de carácter fenomenológico-hermenéutico, enfocado en las experiencias subjetivas de los participantes, con el fin de comprender las percepciones de las personas a través de la interpretación que los investigadores hacen del significado que los protagonistas otorgan a los sucesos y vivencias.

El universo se componía de personas mayores beneficiarios del PACAM, que durante el año 2016 no retiraron los productos Bebida Láctea y Crema Años Dorados, o en su defecto los retiraban pero no los consumían. Los adultos mayores formaban parte de los Clubes de Adulto Mayor "Las Maravillas" y "18 de Septiembre", de la comuna de Hualpén, VIII región del Biobío, Chile. También se seleccionaron adultos mayores no vinculados a alguna agrupación, pertenecientes a la misma comuna.

El estudio se desarrolló durante el primer semestre del año 2017 y los participantes (N) fueron 20 personas mayores (11 mujeres y 9 hombres) elegido por intencionalidad representativa de acuerdo a las variables de sexo, edad, pertenencia a grupos asociados; así como criterios de inclusión de voluntariedad, firma del consentimiento informado, relación de cese o no ingesta del producto y otras relacionadas características físico-cognitivas del beneficiario del programa.

La técnica fundamental de trabajo fue la entrevista semiestructurada, flexible, dado que nos interesaba los elementos que aportaba el adulto mayor y la fundamentación que ellos hacían sobre sus respuestas. La técnica escogida nos permitía esa apertura al discurso de los participantes, sin perder de vista los objetivos y las categorías de análisis previo del proyecto: factores internos, externos, otros factores que influían en la adherencia y propuestas de los participantes.

La pauta de entrevista fue revisada por dos investigadores expertos y antes de ser aplicada se tomó con ella una prueba piloto a una adulta mayor de similares características de la muestra.

El proyecto fue sometido a revisión y aprobado por el Comité Ético de la Universidad Católica de la

Santísima Concepción y se tomaron todas las medidas de salvaguarda para la información, confidencialidad y respeto a los participantes.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad para ser analizadas por codificación abierta y lograr el máximo número de categorías en vivo y emergentes, de las que surgieron: 1. Sabor; 2. Consistencia; 3. Olor; 4. Técnicas culinarias; 5. Diversidad de sabores; 6. Tiempo en casa; 7. Redes de apoyo; 8. Estado de salud; 9. Recursos económicos; 10. Falta de información; 11. Relaciones interpersonales; 12. Propuestas; 13. Empoderamiento del equipo multidisciplinario; 14. Información oportuna; 15. Grado de satisfacción. Estas categorías fueron agrupadas por tema y comparadas aplicando un análisis axial y hermenéutico para conectar sentidos y significados.

RESULTADOS

Factores organolépticos para el no retiro y no ingesta de los productos del PACAM.

Al consultar a los adultos mayores adscritos al Programa, ellos siguen prefiriendo la Bebida Láctea en comparación a la Crema Años Dorados.

De manera que el sabor, el olor, la consistencia, el estado de los productos, la variabilidad y la incompatibilidad de los productos con el estado de salud, son los principales factores internos coincidentes con estudios previos y asociados a la interrupción del retiro y la ingesta de los productos del PACAM. Esto se debe al descontento de la población beneficiaria con las características organolépticas del producto, en especial con el sabor, considerándose procesado y/o sintético, disipándose el sabor original y alejándose del producto natural. Los participantes se refirieron a este como repugnante, desabrida, cargante, entre otros.

En relación a la variedad de sabores disponibles, los adultos mayores consideran que esta variedad es deficiente, refiriendo que las cremas de espárragos y de verduras son las más apetecidas a la hora del retiro y consumo. En cambio, manifiestan su descontento respecto a la crema de lentejas, señalando de forma explícita que es el sabor menos apetecido. Los usuarios comparan la crema con otras cremas artificiales que disponen el mercado, señalando que estas últimas son más sabrosas y aunque tengan que hacer un esfuerzo económico para comprarlas, al-

Tabla 1. Características de los participantes

Participantes	Sexo	Edad	Situación laboral	Pertenencia a grupo	Adherencia al retiro	Adherencia a la ingesta
1	Masculino	71	Administrador de empresa	No	Sí	No
2	Masculino	76	Guardia en SAPU	No	No	No
3	Masculino	75	Pensionado	No	Sí	Sí
4	Masculino	78	Pensionado	No	Sí	Sí
5	Masculino	67	Vendedor ambulante	No	No	No
6	Masculino	77	Obrero en la construcción	No	No	No
7	Masculino	75	Jardinero	No	Sí	Sí
8	Masculino	70	Carnicero	No	No	No
9	Masculino	80	Nochero	No	No	No
10	Femenino	80	Pensionado	Sí	Sí	No
11	Femenino	73	Pensionado	Sí	Sí	Sí
12	Femenino	84	Pensionado	Sí	Sí	No
13	Femenino	78	Pensionado	Sí	No	No
14	Femenino	74	Pensionado	Sí	Sí	Sí
15	Femenino	78	Pensionado	Sí	Sí	Sí
16	Femenino	84	Pensionado	Sí	Sí	No
17	Femenino	77	Pensionado	Sí	Sí	Sí
18	Femenino	80	Pensionado	Sí	Sí	Sí
19	Femenino	81	Pensionado	Sí	Sí	No

gunos adultos las prefieren.

Otro elemento señalado es la cantidad de producto distribuido. Los productos no son consumidos diariamente, sino entre 2 y 3 veces por semana, por lo que los paquetes quedan en stock en sus casas. Por otro lado, los adultos mayores muestran una preferencia por los productos naturales, e incluso cuestionan por qué el producto que proporcionen los Centros de Salud debe ser procesado y no natural.

En las personas mayores se producen cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, destacando las afecciones a nivel digestivo, las cuales se pueden acrecentar tras la ingesta de ciertos alimentos. En relación a lo informado por los participantes, se observó que estos presentaron alteraciones en el sistema digestivo, tales como reflujo gastroesofágico, dolor y/o distensión abdominal, al momento de incorporar la Bebida Láctea y la Crema Años Dorados a su alimentación cotidiana.

“La crema tiene un sabor que a uno se le repite después, me daba reflujo” (Participante 5).

“Me dan acidez al tiro y después me da un hambre como a la media hora, y después tengo que andar viendo qué es lo que puedo comer” (Participante 6).

Por lo tanto, desde su percepción, existe una relación directa entre la ingesta de los productos y un efecto negativo sobre el estado de salud, motivo por el cual los adultos mayores interrumpen el retiro y la ingesta de los productos del PACAM. Por consiguiente, cobra relevancia un diagnóstico de problemas gástricos y tolerancia de los usuarios a los componentes del preparado, considerando los nutrientes críticos y aversiones alimentarias de la población adulta mayor, para ofrecerles alternativas que no generen efectos colaterales de daño.

Efectivamente, el Ministerio de Salud a través de

las SEREMIS de Salud se reserva el derecho de realizar la fiscalización de la composición química, físico-química, microbiológica y sensorial del producto terminado, con la finalidad de verificar que el producto mantenga una óptima calidad y aceptabilidad por el grupo objetivo. Resulta pues fundamental ahondar en los gustos y/o preferencias alimentarias de las personas mayores, con la finalidad de satisfacer sus expectativas y/o necesidades.

Factores externos asociados a la interrupción del retiro e ingesta de los productos del PACAM

Poca disposición a preparar los productos y desconocimiento de cómo hacerlo: En cuanto a los factores externos al producto en sí, encontramos que la habilidad para prepararlo es una constante, ya señalada en otros estudios previos. La preparación o no preparación está ligada al estado de ánimo, a los momentos del adulto mayor y a si tiene a alguien que lo prepare. Habiendo un escaso estímulo por consumir el producto, dado la monotonía y poca atracción, los adultos mayores prefieren comer otra cosa que requiera poca preparación.

Por otro lado, las personas mayores no tienen claridad respecto a la forma adecuada de preparación, señalando que muy esporádicamente reciben información oportuna de parte del equipo de salud o en su defecto se les invita a participar de un taller y/o capacitación. Por otro lado no reciben ningún tipo de material informativo al momento de retirar los productos.

“Ni del momento en que tú vas a retirar los alimentos, no dicen nada, no te explican ninguna cosa, no explican nada. Usted va con su carnet y le entregan no más, nada más” (Participante 1).

Los informantes han mostrado su descontento con el compromiso de los centros en relación a la difusión de información, indicando que les gustaría que hubiese mayor interés y/o disposición de los profesionales.

Escaso estímulo de equipo de salud para el consumo: Las personas entrevistadas valoran las acciones del equipo multidisciplinario de salud, puesto que ven a los profesionales como un referente. Ellos señalan que todas las recomendaciones que les hacen son acogidas en su mayoría. Muchas personas señalaron haber recibido información oportuna de parte del equipo de salud, por ejemplo, con respecto a la

edad en que les correspondía acceder a los beneficios del PACAM. Por contraparte, los participantes señalan que cuando no tienen este estímulo, no se motivan al retiro del producto.

“Que te indiquen con más interés y con más tiempo. Porque ahí a la pasadita es como, como que las niñas están cumpliendo” (Participante 2).

Estado de salud mental y demencias asociadas a la edad: Se deben considerar también otros aspectos de salud de los usuarios que inciden en las posibilidades de autonomía que tienen.

“Y lo otro, más grave aún señorita, es que a mí se me borra la película, me olvido, igual que mi señora, cuando le digo “vieja, ¿me mandaste a buscar los alimentos? -“se me olvido papá” “no importa eso, el otro mes lo vamos a buscarlo-” y el otro mes pasa lo mismo” (Participante 6).

Mejora de la situación económica: Las personas mayores resaltan que una situación económica estable, los permitiría un acceso a alimentos de calidad y no a “esos productos que nos dan”. Los informantes lo relacionan con los ingresos económicos percibidos, existiendo una relación directa con la ingesta. Esto quiere decir que prefieren acceder a otros alimentos igualmente procesados (sobres de sopa, cremas, etc.) que ofrece el mercado, cuando su situación económica lo permite. Los adultos mayores ven los productos como un beneficio asistencial que es de gran ayuda en el caso de tener un ingreso económico insuficiente.

“Porque si uno está bien económicamente, uno quiere servirse cualquier otra cosa, pongámosle, cosas de primera, no estos productos que nos dan” (Participante 1).

Situación laboral activa de los adultos mayores: Existen adultos mayores que deben seguir trabajando, dada sus bajas pensiones, con la finalidad de percibir mayores ingresos y sustentar sus gastos. Las pensiones insuficientes ponen al adulto mayor como activo laboral y sujeto a los horarios de trabajo.

“Bien activo, por eso que trabajo actualmente en construcción, bastante lejos trabajamos de las 8:00 de la mañana hasta la 1:00 de la mañana. Tengo que pagar luz, agua, gas, tengo que pagar el cable y con \$120.000 pesos de pensión, no alcanza” (Participante 6).

Ello contribuye por un lado al cansancio, lo que restringe la movilidad, y también a las condiciones de vida alejadas al estereotipo del adulto mayor; es decir, una vida sedentaria y/o pasiva en espacios relativamente estables y seguros no expuesta excesivos esfuerzos físicos e intelectuales y/o factores estresantes propios de la vida laboral sumado a condiciones precarias de trabajo¹⁵.

Imaginarios erróneos sobre las características nutricionales del producto: Algunos usuarios señalaron que uno de los factores que ha influido para no consumir el producto es que este engorda. Esta respuesta se señaló en relación a la Crema Años Dorados. No obstante, la crema está pensada para un equilibrio calórico y nutricional. Ello denota que los imaginarios pesan por sobre la información obtenida de los Centros de Salud, lo que probablemente pueda estar conectado al factor de desinformación al que también aluden los beneficiarios.

“La crema, porque no debo comer eso, porque engordo mucho, con la grasa que tienen las cremas” (Participante 16).

Escasas redes sociales: Un factor fundamental que ha influido en la baja adherencia al retiro de los productos del PACAM, es no contar con el apoyo de algún familiar cercano, amigo y/o vecino. Un grupo significativo de adultos mayores viven solos o en su defecto viven junto a familiares, pero no siempre cuentan con el apoyo y/o ayuda de estos.

“De vecinos no, amigos no tengo, de la nieta no tanto, porque trabaja todo el día y llega a dormir no más, en la noche. No tengo la preocupación de nadie” (Participante 14).

Influencia de terceros: Las experiencias de terceros ha sido, también, un factor que ha influido en la baja adherencia al retiro de los productos, demostrando que los adultos mayores se dejan llevar y/o influenciar por los comentarios de terceros, en algunas oportunidades incluso sin haber probado los productos.

“Van a retirarlo, para alimentar los perros, no para alimentarse ellos. Me dicen: no, porque es mala, que voy a estar comiendo esa cuestión, mejor se la doy al perro”

Otros factores: Tenemos que señalar que, en ocasiones, los adultos mayores retiran el producto, pero

no lo consumen porque optan por regalarlo a otras personas, percibida como más necesitada, o para las mascotas. Es decir, ellos manifiestan que antes de botarlo, el alimento es regalado. Se encuentra interesante esta repuesta que arroja información para considerar también otros valores adquiridos por ambos productos (leche y crema), distintos del nutricional en la vida de los beneficiarios.

Propuestas de los adultos mayores para mejorar la adherencia a los productos.

Formato más pequeño del producto: Los participantes señalaron que preferirían una mayor cantidad de Bebida Láctea, en reemplazo de la Crema Años Dorados. Proponen la entrega mensual de 2 kilos de la bebida, debido a que la consumen con mayor frecuencia. En algunos casos, la consumen dos veces al día: al desayuno y a la onces, por lo que el producto entregado les alcanza en promedio para dos semanas.

Al mismo tiempo, señalaron que les gustaría que se les entregara una menor cantidad de la Crema Años Dorados, considerando excesiva la distribución de un kilo al mes. Proponen incluso la entrega de 500 gr. dado que la frecuencia de consumo del producto es menor en relación a la Bebida Láctea.

Cambiar el producto por alimentos naturales: En cuanto a la Crema Años Dorados, los adultos mayores preferirían que se les entregara un kilo mensual del ingrediente básico en su estado natural; es decir, un kilo de lentejas, arvejas, etc., con la finalidad de elaborar diversas preparaciones en función de sus preferencias alimentarias.

Modificar el sabor: En cuanto a la Bebida Láctea, la población adulta mayor sostiene que le gustaría que esta tuviera otro sabor, haciendo la comparación con otros leches del mercado. Los nuevos sabores sugeridos consideran: frambuesa, frutilla, plátano, chocolate y vainilla. En cuanto al sabor de la Crema Años Dorados, señalaron que sería ideal que el producto tuviera un sabor más tenue y/o agradable, proponiendo el de carne o en su defecto que fuera como otros productos disponibles en el mercado.

Otras alternativas: En cuanto a las propuestas alternativas señaladas por los entrevistados, estos sostuvieron que les gustaría que se les entregara algún postre y/o galletas para acompañar el té. Por otro lado, no hay precisión respecto a las recetas que les interesaría conocer, manifestando que les gustaría

Tabla 2. Resumen de factores internos y externos para la interrupción de recogida y consumo de productos del PACAM.

Factores internos	Factores externos
Sabor	Tiempo
Variedades de sabores disponibles	Estilos de vida
Estado del producto	Estado de salud mental
Stock disponible del producto	Calidad de la atención y/o servicio
Relación entre frecuencia de consumo y duración del producto	Factores administrativos
Comparación con productos del PNAC	Grado de satisfacción con los beneficios que otorga el programa
Grado de incompatibilidad con estado de salud	Influencia de experiencias de cercanos
-----	Disponibilidad de insumos para elaborar preparaciones

incorporar el producto dentro de las preparaciones habituales de su alimentación cotidiana.

DISCUSIÓN

La mayoría de los aspectos articulados como factores internos se condicen con los estudios anteriores, mostrando ser el sabor, el estado de los productos y la incompatibilidad de los productos con el estado de salud, como los principales factores internos asociados a la interrupción del retiro y la ingesta de los productos del PACAM.

Estos resultados están en parte relacionados con la preparación de los alimentos y las características fisiológicas particulares de las personas. El adulto mayor tiene, comúnmente, cambios fisiológicos en el aparato digestivo que suelen estar asociados al proceso de envejecimiento. Estos no son graves, pero son relevantes ante la presencia de afecciones y deben ser tomados en cuenta a la hora de evaluar por qué se producen los rechazos.

Como hemos señalado, los factores internos no son especialmente novedosos valorando los estudios anteriores al respecto, no obstante, encontramos interesantes los factores externos que aporta una explicación más completa de los motivos por los cuales las personas dejan de tomar el producto PACAM.

Por un lado, encontramos que las personas se mostraron insatisfechos con el actuar y/o compromiso de los profesionales. Esta queja ha sido contemplada en otros estudios en Chile; no obstante, nuestras observaciones añaden otros elementos no evidenciados anteriormente y que están conectados

a estos problemas. Más allá de la buena información requerida por los usuarios, estos aluden a factores relacionales, especificando que les gustaría que hubiese mayor interés, disposición y atención por parte de los profesionales en relación a actividades relacionadas con el cuidado de su salud: capacitaciones, consejerías, promoción de la salud, etc. Los entrevistados no solo aluden al qué, sino también al cómo, manifestando que estas actividades fueran realizadas con un real compromiso, empatizando con ellos y sus situaciones.

Los participantes muestran, por lo tanto, que el vínculo entre el envejecimiento y el apoyo social está en relación con la calidad de vida de la población adulta mayor. Ellos observan que la ausencia y/o presencia de apoyo social, sea este positivo y/o negativo, influirá de manera directa o indirecta en aspectos personales. Las redes de apoyo disponibles del adulto mayor son especialmente decisivas a la hora de distribuir sus tareas cotidianas y en el fortalecimiento de su estado de ánimo y de salud, en especial el día que les toca retirar los productos.

Estos factores relacionales, sociales, apoyan la multifactorialidad del fenómeno de adherencia. A partir de la década de los 50, en Chile, se desarrolla un modelo de creencias en salud que surge para explicar las conductas de salud. Este modelo se debía enfocar en detectar las variables apropiadas para diseñar programas de educación para la salud¹⁶. No obstante, los logros para consolidar una mirada integral, todavía es una asignatura pendiente en el desarrollo de programas que impliquen factores sociales que influyen directamente en las conductas de los pacientes y que puedan definir el perfil que

cada persona tiene como paciente. Esto contribuiría a que los sujetos no sean estandarizados en los programas nutricionales, es decir, que se realice una valoración de qué tipo de producto complementario debe ser prescrito según las características de cada adulto mayor.

Cabe señalar que parte de los adultos mayores entrevistados no siempre cumplen con el perfil de persona pasiva y/o dependiente, puesto que un segmento importante de esta población contribuye de manera significativa en el bienestar de sus familias, por medio de recursos económicos, apoyo en el cuidado de los nietos o responsabilizándose con las tareas domésticas.

Ello arroja una caracterización social que cuesta identificar con el estereotipo de los usuarios de PACAM: personas pasivas con bajo gasto calórico y escasa autonomía, relacionada con los adultos mayores institucionalizados y dependientes¹⁷⁻¹⁸ y que no pueden llevar una dieta normalizada y natural.

Recientemente el programa ha tenido una reestructuración que modifica el formato a 500 gramos en el caso de la Crema Años Dorados. Según nuestros resultados a raíz de esta pequeña muestra, la adherencia al Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor podría no mejorar significativamente. Ello se debe a que como se ha puesto de manifiesto, los factores internos al producto solo son parte de los motivos de la adherencia a este. Otra gran parte de las limitaciones a la adherencia se debe a factores externos, relacionados con la calidad de vida, el tipo de actividad diaria que realizan, factores económicos, el trato en los servicios, la influencia de otros consumidores y la información disponible.

No queremos pasar por alto la importancia una variable como es la situación de precariedad económica y social de los adultos mayores. Desde el año 2013 al 2016 ha aumentado el porcentaje de personas mayores que trabajan remuneradamente, pasando de un 29.7% a un 32.4%, respectivamente¹⁹. Se puede afirmar que cada vez son más las personas que consideran que deben trabajar durante la vejez debido al bajo ingreso.

Estas características de pobreza, escasa red de apoyo social y económico, sumado a la obligatoriedad de mantenerse activo laboralmente¹⁵, está directamente relacionado con las formas de preparar alimentos y tipo de relación que tienen o pue-

den tener con la alimentación. Considerar la actual situación de nuestros adultos mayores, permitiría incorporar esos factores de la vida personal y cotidiana, si, efectivamente, se quiere proponer un proyecto integral de mejora de su calidad de vida. En este proyecto es esencial un enfoque de derechos¹⁴, articulado a las necesidades nutricionales y alimentarias de las personas mayores, además de considerarlos como ciudadanos capaces de decidir y aportar a los servicios que se le ofrecen.

CONCLUSIONES

La adherencia es un proceso influenciado por múltiples factores relacionados entre sí de forma sistémica²⁰: personales (edad, sexo, trayectoria personal, creencias religiosas y actividad vital), otros de salud mental y física articulados a la vejez, características familiares, situaciones étnicas, redes sociales y económicas, contextos intersubjetivos de relación con los servicios de salud²¹⁻²³ donde la percepción subjetiva de todo ello es primordial²⁴⁻⁵. Esto deja en evidencia que la adherencia a un programa de salud es compleja de abordar, puesto que requiere de intervenciones eficaces, útiles y factibles de parte de un equipo multidisciplinario. Este equipo requiere de una mirada holística y personalizada, para cada caso particular, al mismo tiempo. Es por ello, que se considera fundamental que las intervenciones para mejorar la adherencia sean discutidas con el paciente, considerando sus necesidades y problemas desde su subjetividad y vivencia.

Consideramos la pertinencia de un diagnóstico nutricional que permitiría determinar si, efectivamente, hay una necesidad de los productos en sustitución de la alimentación natural, en lugar de considerar que los adultos mayores catalogados como pobres son, por definición, sujetos de atención del beneficio. Especialmente teniendo en cuenta la probabilidad de que sigan activos, con los requerimientos nutricionales que ello conlleva. Las personas mayores se consideran beneficiarias del producto PACAM principalmente por dos indicadores: cumplir la edad y no tener recursos para acceder a una alimentación mejor (ser sujeto de atención de programas sociales y solidarios). La pobreza no debería ser un factor para la perfilación del sujeto beneficiario, dando por sentado que ello los posiciona en una vida inactiva. El acceso a una alimentación natural

y normalizada, debe de ser garantizado y prioritario en una política pública de salud para el adulto mayor. Por eso debemos destinar esfuerzos en crear alternativas de alimentación natural, que apoye una relación física y culturalmente satisfactoria con los alimentos, que no favorezca la sustitución de la riqueza gastronómica y nutritiva que el adulto mayor puede tener con la comida. El producto PACAM debe complementar una dieta normalizada y solo se puede realizar bajo el análisis de las características particulares de cada adulto.

Como propuesta, se considera viable una pauta diagnóstica nutricional, revisable cada año, que nos permita conocer al usuario en su subjetividad y contexto, e identificar todos aquellos factores que están incidiendo en la vida y salud del adulto mayor en relación a sus necesidades nutricionales: i) factores personales internos al producto: gustos, tolerancia, proceso de alimentos e incompatibilidades; ii) factores conductuales: salud mental, actividad cotidiana, nivel de sedentarismo, tipo de alimentación complementaria, información del producto; iii) y factores sociales: vínculos personales y familiares, confianza y relación con los servicios de salud, redes de apoyo y actividad social. Un diagnóstico nutricional integral de estas características, permitiría ir dando pasos a la integración de todos los aspectos de salud necesarios para tomar decisiones, junto las personas mayores, de forma individual. Todo ello, nos facilitaría asegurar las condiciones de autonomía y normalización de la vida cotidiana, desde una perspectiva de protección y una garantía de los derechos, en los que los servicios públicos de salud tienen un papel fundamental.

Agradecimientos: Les agradecemos sinceramente la participación de todas las personas mayores de la comuna de Hualpén, los cuales entregaron su visión poniendo su mejor voluntad y disponibilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago. 2015. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
2. Huenchuan S, Rodríguez-Piñero L. Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de pro-tección. CEPAL: Santiago de Chile. 2010.
3. PUC. La IV Encuesta Nacional de calidad de vida en la vejez: Una década de análisis sobre adultos mayores. 2017. Recuperado de <http://estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/Libro%20CHILE%20Y%20SUS%20MAYORES.pdf>
4. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud Cienc. enferm. [Internet]. 2005 Dic [citado 2018 Jul 31]; 11(2): 17-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532005000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>.
5. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. [S.l.] 2012. Feb. [citado 2018 jul 31] 68 (3):284-290. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1218>.
6. Almanza O. Programas de apoyo/asistencia alimentaria de Colombia y países de América Latina-México, Bolivia, Chile. Universidad Nacional de Colombia: Bogotá. 2013.
7. Lastra M, Arias M, Ibaceta A et al. Difusión de programa Nacional de Alimentación complementaria para adultos mayores, mediante actividades prácticas dirigidas a adultos mayores hospitalizados en unidad de ortogeriatría. Recuperado de: https://www.sociedadpoliticaspublicas.cl/archivos/BLOQUE_ST/Salud/Difusion_de_Programa_Nacional_de_Alimentacion_Complementaria_para_Adultos_Mayores.pdf
8. Ayala, J. (2008). Estudio nacional de aceptabilidad y consumo de los productos de los Programas Alimentarios del Ministerio de Salud: "Mi Sopita", "Purita Mamá" y "Crema Años Dorados". Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
9. Almanza O. Programas de apoyo/asistencia alimentaria de Colombia y países de América Latina-México, Bolivia, Chile. Universidad Nacional de Colombia: Bogotá, Colombia. 2013.
10. Silva R, Moya O. Preferencias de consumo de los alimentos del PACAM en dos CESFAM. Región Metropolitana. XXVII Jornadas Chilenas de Salud Pública. 2008. Recuperado de: http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/183/prom_51.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Masi C, Atalah E, Análisis de la aceptabilidad, consumo y aporte nutricional del programa alimentario del adulto mayor. Rev. méd. Chile [Internet]. 2008 Abr [citado 2018 Jul 31] ; 136 (4) : 415-422. Disponible

- en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872008000400001&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000400001>.
12. Blair T, Minkler M. Participatory Action Research with Older Adults: Key Principles in Practice. *The Gerontologist* 2009 jun [citado 2018 Jul 31]; 49 (5): 651-662. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19491353>
 13. Guerrero-Castañeda R, Oliva Menezes TM, Ojeda-Vargas MG. Acercamiento al escenario de estudio fenomenológico en México: relato de experiencia. *Revista Gaúcha Enfermagem* [Internet]. [citado 2018 Jul 31]; 2017; 70 (4):885-90. Disponible en <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/67458>
 14. Huenchuan, S. Los derechos de las personas mayores. Santiago: CEPAL. 2011.
 15. Vives A, Molina A, Nora G, González F. Envejecimiento y trabajo en Chile: propuesta para el monitoreo de la salud laboral. Seminario realizado el 10 de noviembre de 2016, Santiago de Chile.
 16. Rosentock I, Strecher V, Becker H. Social Learning and the Health Belief Model. *Health Education & Behavior* [Internet]. 1988 feb [citado 2018 Jul 31]; 15 (2): 175-183.
 17. Lucena O, Carneiro S, Oliveira A et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010; [citado 2018 jul 31]; 44 (4): 1065-9. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf>
 18. Lastra M, Arias M, Ibaceta A, Difusión de programa Nacional de Alimentación complementaria para adultos mayores, mediante actividades prácticas dirigidas a adultos mayores hospitalizados en unidad de ortogeriatría. Disponible en https://www.sociedadpoliticaspublicas.cl/archivos/BLOQUE_ST/Salud/Difusion_de_Programa_Nacional_de_Alimentacion_Complementaria_para_Adultos_Mayores.pdf
 19. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago. 2015. Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casentmultidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
 20. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development: In *international Encyclopedia of education*, Oxford: Elsevier 1994. P.37-43.
 21. Rodríguez A, Álvarez L, Quevedo F. Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2009 Dic [citado 2018 Jul 31]; 25(4): 65-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400007&lng=es.
 22. Moreno González A, Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* [Internet] 2005 [citado 2018 Jul 31]; 5 (20): 222-237. Disponible en <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez16.htm>
 23. Montes V. Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico-conceptuales. Santiago: CEPAL. 2003.
 24. Muñoz C. Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores Deporte [Internet] 2013 [citado 2018 Jul 31]; 18 (2):13-26. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a02.pdf>

SUICIDIO Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

SUICIDE AND DEPRESSION IN ADOLESCENTS: A LITERATURE REVIEW

RESUMEN

Antecedentes: Aunque el suicidio es un problema secular de la salud pública, la reciente preocupación es la edad y magnitud de ocurrencia, particularmente al asociarse a depresión. **Objetivo:** Revisar el estado del arte sobre el fenómeno del suicidio, sus vínculos con depresión en población adolescente y de adultos jóvenes e identificar los principales aspectos asociados, con el propósito de plantear estrategias de prevención. **Método:** Se realizó una revisión de la literatura usando las bases de datos científicas Scielo, Redalyc y Pubmed y los descriptores adolescencia, jóvenes, depresión, intento suicida, conducta suicida, suicidio, tanto en castellano como en inglés. Se incluyó un total de 53 artículos publicados entre 2013 y 2017 y se atendió fundamentalmente a la epidemiología y los factores asociados. **Resultados:** Se reporta un amplio rango de prevalencia en el mundo, que va de 2.4 (Egipto) hasta 46.5 (Lituania) suicidas de entre 15 y 29 años por cada 100 mil habitantes, con un predominio de hombres. Además, se registra ideación suicida en hasta un tercio de la población menor de 20 años. Se reportan asociaciones con atributos de personalidad, adicciones, ambientes familiares y sociales hostiles, y carencia de credo religioso. **Discusión:** El suicidio en jóvenes se percibe vinculado a violencia de tipo estructural, lo cual obliga a reflexionar sobre las opciones viables de desarrollo humano.

Palabras Clave: Suicidio, jóvenes, Trastornos anímicos, Factores de riesgo

ABSTRACT

Background: Although suicide has long been a public health concern, recent attention has focused on its elevated prevalence, particularly when associated with depression, and the age of the affected individuals. **Objective:** To review literature related to the phenomenon of suicide and its association with depression in the adolescent population and to identify the principal associated factors, in order to propose prevention strategies. **Methods:** A literature review was conducted using the databases Scielo, Redalyc and Pubmed and the keywords adolescence, youth, depression, suicide attempt, suicidal behavior, and suicide, in Spanish and in English. A total of 53 articles, published between 2013 and 2017, were included, and the analysis focused on the phenomenon's epidemiology and related associated factors. **Results:** Suicide prevalence rates range widely worldwide, from 2.4 (Egypt) to 46.5 (Lithuania) per 100,00 inhabitants between 15 and 29 years of age, affecting more men than women. Additionally, approximately a third of individuals under 20 years of age have presented suicide ideation. There are reported associations between suicide and personality attributes, addictions, hostile family and social environments, and the absence of religious beliefs. **Discussions:** Suicide in young adults is perceived to be linked to structural violence, which necessitates the exploration of viable options for human development.

Keywords: Suicide, Youth, Mood disorders, Risk factors.

Gerardo de Jesús Moreno-Gordillo
Facultad de Medicina Humana Dr.
Manuel Velasco Suárez, UNACH

Laura E. Trujillo-Olivera
Doctora en Ciencias. El Colegio de la
Frontera Sur, Unidad SCLC
elena2_333@hotmail.com

Néstor R. García-Chong
Doctor en Ciencias. Hospital de
Especialidades Pediátricas (HEP) del
Centro Regional de Alta Especialidad
de Chiapas (CRAE), Facultad de Me-
dicina Humana, Dr. Manuel Velasco
Suárez, UNACH

Fernando Tapia-Garduño
Terapeuta Familiar. Hospital de
Especialidades Pediátricas (HEP) del
Centro Regional de Alta Especialidad
de Chiapas (CRAE)

Artículo recibido el 13/04/2018.
Aceptado el 31/07/2018

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una época determinante para el desarrollo de los seres humanos, cuyas experiencias modulan la formación del adulto, generándose cambios en diversos ámbitos para lograr independencia, identidad y aceptación social. Es el periodo más sano desde el punto de vista orgánico, pero es una etapa de alto riesgo, ya que la mayoría de los problemas de salud son consecuencia de comportamientos iniciados en esta época: consumo de drogas, actividades sexuales de riesgo, actos de violencia y accidentes¹.

Uno de cada cinco adolescentes en el mundo tiene algún problema de salud mental^{2,3}. Depresión es la principal causa de discapacidad en la mayoría de los países; el 85% residen en países en vías de desarrollo^{4,5}.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5) la depresión es un trastorno mental que consiste en diversos síntomas como pérdida de la energía y del interés, cambios del apetito, problemas para concentrarse, sentimientos de tristeza, trastornos del sueño, anhedonia, auto culpabilidad, cambios de peso y agitación, que pueden relacionarse con otros trastornos⁶. La versión beta de la CIE-11 ofrece una única categoría diagnóstica, «trastornos del ánimo», subdividida en trastornos bipolares y trastornos depresivos. El DSM 5 crea dos secciones diferenciadas, una para los «trastornos depresivos» y otra para los «trastornos bipolares y relacionados»⁷.

En Latinoamérica la depresión es el segundo trastorno mental más común después del alcoholismo⁸. La depresión, mala cohesión familiar y farmacodependencia son determinantes de salud mental para el suicidio; asimismo el neuroticismo es un factor de riesgo para el suicidio en problemas familiares y amorosos^{9,10}.

Según OMS, en 2012 ocurrieron aproximadamente 804,000 suicidios en todo el mundo, representando una tasa anual de 11.4 suicidios por cada 100,000 habitantes, 15 en hombres y 8 en mujeres de la población en general¹⁰⁻¹³.

La incidencia de suicidios consumados se ha incrementado recientemente. En México durante 1970 fue de 1.1 casos/100 000 habitantes y en el 2007 se reportaron 4.2 defunciones por la misma constante poblacional, con mayor afectación en me-

nores de 20 años. Entre 1998 y 2011 se registraron 146,295 defunciones por lesión de causa externa en menores de 20 años; el 7% correspondió a suicidios empleando con más frecuencia el ahorcamiento y armas de fuego en hombres y ahorcamiento y envenenamiento en mujeres^{14,11}. Durante el periodo la tasa de suicidios se elevó (hombres de 26.6 a 42.5; mujeres de 10.4 a 21.1) en adolescentes por millón de habitantes en general¹⁴.

Ideación suicida se refiere a pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre formas, objetos y circunstancias deseadas de morir¹⁵. Las estadísticas pueden parecer bajas, pero en población joven ha ido en aumento. Durante la década comprendida entre 1990 y 2000 en México aumentó el 150%, reportándose que 40% de los suicidas han intentado varias veces. Sin embargo, el intento representa un paso en este proceso que empieza con ideación, continúa con el pensamiento, el intento y por último la consumación¹⁶. También se identifica que la orientación suicida antecede a la ideación ya que es la percepción de que la vida no es útil y que sería mejor estar muerto¹⁷. Al asociarse a depresión, se reporta que la mejoría genera la energía suficiente para avanzar al intento suicida.

La interacción humana en la adolescencia, más compleja en la actualidad, genera un sustrato favorable para los estados depresivos. La violencia, en todas sus formas (psicológica [etiquetas]; física [bullying]; sexual entre las más comunes, sin ser las únicas) puede causar en la víctima el aumento de síntomas, en pacientes depresivos sólo aparecen rabia e incomodidad cuando son etiquetados¹⁸; asimismo se reporta un riesgo aumentado de presentar problemas de salud mental incluyendo ideación e intento de suicidio, que puede persistir en la adultez. Cerca del 38% de estudiantes entre 13-15 años de edad de Latinoamérica han sufrido bullying en el último mes¹⁹. El consumo de tabaco, alcohol y estupefacientes se mencionan vinculadas a sintomatología depresiva.

La depresión puede ser el resultado de un trauma sufrido por la separación familiar y esto dificulta el establecimiento de nuevos vínculos, convirtiéndose en un círculo vicioso²⁰.

En México se reporta que tener una autoestima baja y el consumo de drogas duplican el riesgo de sintomatología depresiva; las entidades en que

predomina mayor prevalencia en adolescentes son Guerrero, Puebla, Michoacán y Tabasco que presentaron 34%, en contraste con Chiapas que solo presentó el 16%²¹.

La prevalencia en EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más del 15% de la población ha padecido depresión. En Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México. En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda. Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer, dedicarse únicamente a las labores del hogar, cuidar a algún enfermo; b) bajo nivel socioeconómico; c) hombres desempleados; d) aislamiento social; e) problemas legales; f) experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas; y, h) migración²².

El suicidio ocupa el quinto puesto en causas de mortalidad, en chicos de 5-14 años y el tercero entre los de 15-24 años^{23,24}. Actualmente el uso de psicofármacos no tiene un impacto significativo en la disminución de las conductas suicidas y depresión. Más del 90% de quienes intentan el suicidio presentan un trastorno psiquiátrico subyacente. La principal forma de prevenirlo es tratando la patología de base²⁴. Se reporta que el 27% de los intentos de suicidio son debidos a la depresión²⁵.

Considerando que la adolescencia es una etapa vital trascendente para las sociedades, el propósito de este trabajo es revisar la situación reportada (línea base) sobre el suicidio y la depresión e identificar aspectos vinculados en jóvenes para replantear estrategias de intervención en salud mental, particularmente en México.

MÉTODO

Se trata de un estudio de revisión de la literatura publicada de 5 años a la fecha a excepción de Arroya-Palacios²⁶ que es quien define qué es un suicidio consumado. En este trabajo se consideraron las bases de datos de Scielo, Redalyc y Pubmed, de las cuales se seleccionaron 22, 17 y 13 artículos, respectivamente.

Para su localización, se buscó la combinación de los siguientes descriptores: Depresión, Suicidio, Adolescentes, Factores de riesgo, Genética. Para su selección se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: publicaciones entre los años 2013 y 2017, publicaciones en inglés o en español que

incluyeran cualquiera de las siguientes palabras o descriptores en su título: adolescentes, adolescencia, depresión, suicidio, genético y psicosocial.

Los criterios de exclusión fueron: investigaciones no publicadas a texto completo, tesis, trabajos en idiomas distintos al inglés o al español, o que involucraran otros trastornos psiquiátricos distintos a depresión y suicidio como factores asociados. Tampoco se consideraron trabajos comprendidos como literatura gris.

Para la elaboración de las tablas se tomaron en cuenta los artículos que establecían edades comprendidas entre 10-19 años así como prevalencia de comportamientos suicidas y los factores relacionados y de riesgo en sus resultados. Fueron incluidos algunos artículos, en que se excedían las edades de los participantes, debido a que presentaban elementos relevantes y prevalencia claramente determinada de los eventos en estudio.

Los autores reconocen que los artículos incluidos reportan diferentes etapas del suicidio, así como diferentes edades de los participantes, de igual manera que éstos se encontraban en condiciones clínicas heterogéneas, por lo que se consideró resumirlos por grupos para su presentación.

RESULTADOS

Prevalencia

Estudios sobre suicidio reportan mayor frecuencia en mujeres (2:1) con respecto al intento; lo inverso respecto a suicidios consumados. Las mujeres intentan más veces suicidarse pero fracasan^{27,28,15}, mientras los hombres utilizan métodos más violentos y efectivos (armas, ahorcamiento). Las mujeres utilizan ahorcamiento y envenenamiento, asimismo suelen pedir ayuda más comúnmente que los hombres²⁹.

En la tabla 1 se puede observar la prevalencia reportada de ideación, intento y suicidio consumado en varios países por grupos de edad. Es de destacar que en México se registraron 68.4 suicidios consumados en hombres menores de 20 años por cada 100,000 habitantes y que la mayoría de los comportamientos suicidas se presentaron en jóvenes de 11 a 16 años^{9,17,10}. En México, en el grupo de 15-19 años, el suicidio es la tercera causa de defunción^{1,13}. En Lituania se presentó la tasa más alta de suicidios consumados en hombres con edad compren-

Tabla 1. Prevalencia reportada de ideación, intento y suicidio consumado en adolescentes en varios países, según grupos de edad.

Año	Autor	Lugar	Ideación % (H/M)	Intento %	Suicidio consumado*(H/M)	Grupo de edad
		Argentina	-	-	21.9 / 5.3	15-29 años
		Canadá	-	-	14.6 / 5.2	15-29 años
		China	-	-	2.7 / 5.9	15-29 años
		Egipto	-	-	2.4 / 1.3	15-29 años
		Francia	-	-	11.8 / 3.2	15-29 años
2017	Abraham Zebib K. y Sher Leo.	India	-	-	34.9 / 36.1	15-29 años
		Israel	-	-	7.4 / 1.8	15-29 años
		Japón	-	-	25.7 / 10.8	15-29 años
		Lituania	-	-	46.5 / 6.5	15-29 años
		EUA	-	-	20.4 / 4.7	15-29 años
		México	-	-	8.9 / 3.1	15-29 años
2017	Yang Boksun y cols.	República de Corea	8.2	-	-	15-18 años
2017	Navarro-Gómez N.	España	-	-	2.6 3.6 / 1.6	15-19 años
2017	Siabato-Macías E. y cols.	Tunja /Colombia	30 riesgo 20 / 37	-	-	13-17 años
2017	Solaimani-Mohammad A.	Qazvin /Irán	32.8 ideación suicida	-	-	14-19 años
2016	Loboa N.J. y cols.	Tolima /Colombia	25.7 riesgo	-	-	11-19 años
2016	Romo y cols.	Bolivia	19.4 riesgo	27.2	-	13-15 años
		Costa Rica	11.1	10.9	-	13-15 años
		Honduras	20.8	24.7	-	13-15 años
		Perú	21.2	23.7	-	13-15 años
		Uruguay	12.6	13.5	-	13-15 años
2015	Hidalgo-Rasmussen y cols.	Jalisco / México	6.1	7.1	-	14-18 años
2015	Hermosillo-De La Torre A. y cols.	Guanajuato/ México	-	27.8 (fue un estudio intencionado)	-	13-19 años
2015	Ceballos-Ospino y cols.	Santa Martha / Colombia	25	-	-	13-19 años
2015	Sánchez-Cervantes F. y cols.	México	-	-	7 suicidios consumados 68.4% / 31.6% 78.2% 15-19 años	<20 años
2014	Eguiluz-Romo L. y cols.	Ciudad de México / México	21.2	-	-	11-15 años estudiantes
2014	Paniagua S. R. y cols.	Medellín /Colombia	11.3 orientación suicida alta (50.3 media-alta)	-	-	Secundaria y bachiller

Fuente: Elaboración propia a partir de varios autores 2018

* Tasa por 100,000 habitantes

dida entre los 15-29 años (46.5 suicidios por cada 100,000 habitantes de la población en general). La de mujeres se reporta en India (36.1 defunciones, misma constante) entre 15-29 años de edad³⁰.

A nivel mundial según varios autores^{1,11,13,14,25,28,31}, se encuentra entre la segunda y tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15-19 años. Mientras que en el grupo de 15-29 años es la tercera causa de muerte¹³.

Factores asociados a suicidio y depresión en adolescentes

Se reporta que el factor con mayor asociación a cualquier conducta suicida es el trastorno depresivo, pero el principal factor determinante del suicidio consumado es el intento de suicidio, aunque previamente está precedida por la ideación suicida^{16,14,32,31}. Se ha establecido que la depresión, el intento de acabar con la propia vida y ser varón son variables más frecuentes del suicidio consumado³¹.

En la tabla 2 se destaca que el principal factor de riesgo de comportamientos suicidas y depresión en adolescentes son las malas relaciones con los padres y los problemas entre ellos^{14,16,32-34}. Los hombres suelen enmascarar síntomas depresivos con irritabilidad, lo cual origina un subregistro de la depresión al no ser considerada evidencia clínica; también suelen buscar la autoconfirmación de su masculinidad mediante conductas de alto riesgo, entre ellas intentos suicidas^{35,27}. Se reporta que las mujeres tienen mayores tasas de intento suicida fallido^{27,28}.

La interacción humana contemporánea está matizada por el uso de tecnología del tipo de redes sociales que afectan de manera distinta a hombres y mujeres, jóvenes y adultos. Su dependencia se asocia a depresión^{2,36}. Otras asociaciones son: bajo coeficiente intelectual está relacionado con mayor riesgo de suicidio³⁷; quienes viven en áreas urbanas tienen más prevalencia de ideación suicida²⁸.

En la tabla 2, se resumen estas condiciones de riesgo según sexo, cuando los autores lo reportan.

A pesar de la mayor exposición a factores de estrés en adolescentes afroamericanos hay menos frecuencia de depresión que entre anglosajones; además, la autoeficacia se asocia con menor riesgo de presentar trastorno depresivo mayor entre los primeros³⁸.

Entre los factores de riesgo menos estudiados están aquellos que asocian depresión y suicidio en la

herencia genética. Algunos trabajos reportan bajos niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA), metabolito de la serotonina (5HT), detectados en líquido cefalorraquídeo, en personas que han intentado el suicidio violento; además, el gen de la enzima triptófano hidroxilasa (TPH) es el factor limitante para la síntesis de 5HT. Este último tiene 2 isoformas TPH-1 expresada en tejidos periféricos en el cromosoma 11p15, y la TPH-2 predominante en el cerebro en el cromosoma 12p21³⁹. Para el gen TPH-2 se encontró que el haplotipo GA predispone al intento de suicidio, al igual que el polimorfismo de rs7305115; sin embargo, el haplotipo AT resultó ser un factor protector³⁹. No hay evidencia significativa de carga genética para presentar depresión, en las variables de los genes uMAO y 5HTTLPR⁸.

En la tabla 3 se pueden observar las condiciones de riesgo para la depresión con respecto a la relación con los padres. Dentro de estas condiciones se encuentran: el no vivir con ellos o que éstos tengan una inestabilidad residencial, o sean padres indiferentes a los problemas de los más jóvenes, o bien sean sobrecontroladores o abusivos con hijas e hijos, así como los problemas de pareja, y la violencia intrafamiliar. Estas condicionantes son particularmente trascendentes durante la etapa adolescente donde se requiere de la seguridad y estabilidad familiar.

DISCUSIÓN

Los estudios revisados muestran claramente la diversidad de elementos individuales, del contexto social, del entorno familiar e incluso de la influencia genética en la asociación depresión y suicidio, en particular en menores de 20 años^{8,39,40}. La inseguridad –física, alimentaria, laboral, económica– es la gran ausente en la literatura incluida, probablemente por la dificultad para medirla o por la naturalización elaborada.

Las diferencias en las frecuencias tanto de depresión como suicidio probablemente se deben a los objetivos y propósitos particulares de los estudios revisados, por ende de las características de los participantes. Asimismo, se advierte que no siempre es posible establecer los diagnósticos relacionados con estados depresivos por la confusión asociada culturalmente a efectos hormonales en la adolescencia y/o el estigma de la enfermedad mental.

Tabla 2. Prevalencia de comportamientos suicidas y condiciones (factores de riesgo) en las que más se presentó según estudios incluidos.

Año	Autor	Lugar/País	Prevalencia	Factores de riesgo	Edad
2017	Yang Boksun y cols.	República de Corea	8.2% ideación suicida	Alteración del ciclo circadiano, privación del sueño, insomnio, menos ondas δ en el electroencefalograma	15-18 años
2017	Siabato-Macías Elsa y cols.	Tunja/ Colombia	30% ideación suicida H* 20% M* 37% 180 suicidios	Sintomatología depresiva M* (anhedonia, ánimo negativo) H*(autoestima negativa, ineffectividad) Ser mujer	13-17 años estudiantes
2017	Solaimani-Mohammad Ali.	Qazvin/ Irán	32.8% ideación suicida	Depresión Falta de autoconfianza y de religiosidad	14-19 años
2016	Guerrero-Martínez Luis F.	Medellín/ Colombia	(>5% no específica)	Problemas familiares Problemas amorosos Violencia intrafamiliar Drogas; Abuso sexual	10-17 años mujeres
2016	Romo Matthew y cols.	Bolivia, Costa Rica, Perú, Uruguay, Honduras	Ideación suicida si planear 7.4% Global 8.4% Perú Ideación suicida planeada 12.1% global 14% Honduras 1 intento de suicidio 17.1% global 20.9% Bolivia Múltiples intentos suicidas 6.2% global 7.4% Honduras	Víctima de acoso Tabaquismo Ausentismo escolar	10-19 años estudiantes
2016	Loboa R. Nelly J. y cols.	Tolima/ Colombia	25.7% ideación suicida	11-14 años (suicidio consumado) Depresión, mala cohesión familiar y drogas (orientación suicida)	11-19 años
2015	Hidalgo-Rasmussen Carlos.	Jalisco / México	6.1% ideación suicida 7.1% intento suicida 17.2% tristeza o desesperanza	Depresión Intento suicidio	14-18 años estudiantes
2015	Hermosillo De La Torre Alicia y cols.	Guanajuato México	27.8% intento de suicidio (debido a que fue un estudio intencionado)	Sintomatología depresiva, drogas Falta de autocontrol	13-19 años
2015	Ceballos Ospino y cols.	Santa Martha/ Colombia	Ideación suicida 24% riesgo medio 1% riesgo alto	Autoestima baja, intentos suicidas, familia disfuncional, depresión	13-19 años Estudiantes
2014	Sánchez-Loyo y cols.	Guadalajara/ México	Muestreo propositivo de 29 participantes con intento suicida de los cuales 16 estudiantes se suicidaron	89% Violencia intrafamiliar 31% problemas de pareja (separación, violencia) 20% sentirse solo	13-18 años
2014	Eguiluz-Romo Luz y cols.	Ciudad de México/ México	21.2% ideación suicida	Depresión Poca comunicación y afecto de los padres	11-15 años estudiantes
2014	Paniagua S. Ramón y cols.	Medellín / Colombia	11.3% orientación suicida alta (50.3% media-alta)	Sintomatología depresiva (Ánimo y autoestima negativas, anhedonia, ineffectividad), vulnerabilidad en valores y apoyo, 11-14 años, problemas familiares	Secundaria y bachiller
1998 - 2011	Sánchez-Cervantes Felipe y cols.	México	7/100,000 hab suicidio culminado H*68.4% M*31.6% 78.2% 15-19 años	La pérdida de un ser querido, divorcio de padres, trastornos psiquiátricos, abusos en la niñez Estado de México Hombre	<20 años,

Fuente: Elaboración propia a partir de varios autores 2017. * H = hombres, M = mujeres

Tabla 3. Prevalencia de depresión y condiciones de riesgo según edad, según los estudios analizados.

Año	Autor	Lugar/país	Prevalencia	Condiciones de riesgo	Edades
2017	Burdzovic-Andreas Jasmina y cols.	Oslo / Noruega	Trastorno depresivo mayor H* 2-6% M* 8.5%	No vivir con padres biológicos Enfermedad crónica Insatisfacción escolar Falta de amigos Inestabilidad residencial	Secundaria y bachiller
2017	Yang Boksun y cols.	República de Corea	3.5% depresión severa	Alteración del ciclo circadiano, privación del sueño, insomnio,	15-18 años
2017	Kiat-Anglin y cols.	Serdang / Malasia	Depresión 14% severa 18% moderada 36% leve	Padres indiferentes, abusivos, sobre controladores Mujer	13-17 años estudiantes
2017	Siabato-Macías Elsa y cols.	Tunja /Colombia	Depresión Global 9% H* 5% M* 12%	Mujer	13-17 años
2016	Vicente Benjamín y cols.	Concepción / Chile	10% depresión	Problemas de pareja Mujer	18-75 años
2016	Ressett Santiago.	Entre Ríos / Argentina	11% depresión	Mala relación con los progenitores (principalmente la madre) Mujer	12-18 años estudiantes
2015	González María y cols.	Alicante / España	Sintomatología depresiva fumadores Estado de ánimo Medio 19.9% Bajo 10.4%	Tabaco mayor consumo a mayor edad y ser mujer Drogas	14-19 años estudiantes
2015	Rivera Rivera Leonor y cols.	Cuernavaca / México	Depresión Global 27% H* 18% M* 34%	64% autoestima baja 58% alcohol 20% tabaco 11% drogas 60% violencia intrafamiliar Poca comunicación con padres Mujer	14-19 años estudiantes
2015	Ceballos-Ospino y cols.	Santa Martha / Colombia	Sintomatología depresiva Leve 5% Moderada 7% Grave 4%	Autoestima baja Mujer	13-19 años estudiantes
2015	González-Forteza y cols.	Estado de Michoacán y Ciudad de México / México	Sintomatología depresiva Global 12.4% H* 7.7% M* 17.8% Depresión subclínica Global 27.3% H* 28.5% M* 25.9%	Mujer	Estudiantes de secundaria
2014	Rodríguez-Puentes Adriana Paola y cols.	Bogotá / Colombia	27.5% depresión	Dependencia de internet (uso de las redes sociales) Mujer	11-15 años de edad
2014	Eguiluz-Romo Luz de los Ángeles y cols.	Ciudad de México /México	17.8% depresión leve 7.5% depresión moderada 3% depresión severa	Poca comunicación y afectividad funcional familiar Mujer	11-15 años
2014	Rosa-Alcázar y cols.	Murcia y Castilla-La Mancha / España	Depresión 26.7%	Autoestima baja Mujer	12-18 años estudiantes

2014	Murillo-Pérez Luis y cols.	Lima /Perú	Trastorno depresivo Mayor 4.2%	6.3% Actividad física baja 16% Desempleo 6.1% mujer Dormir <6hrs	Universitarios 25-33 años
2013	Berenzon y cols.	México	Trastorno depresivo mayor Global 9.2% H* 5.4% M*10.4%	Ama de casa, Cuidar algún enfermo, pobreza, Desempleo, Aislamiento, problemas legales; violencia, drogas, Mujer	Población en general

Fuente: Elaboración propia a partir de varios autores 2017.

* H = hombres, M = mujeres

Por la naturaleza del fenómeno, los estudios sobre suicidio no tienen diseños que permitan identificar de forma incuestionable el peso específico de los elementos involucrados en la causalidad. Lo que parece claro es que entre la ideación y el suicidio consumado hay un rango amplio de variabilidad y no todas las veces el plan o intento cumplen con su objetivo; sin embargo, de acuerdo con Eguiluz¹⁶, Sánchez³⁴, Guerrero³² y Dávila³¹ el intento y la ideación suicida son componentes indispensables para concluir fatalmente. Las tasas de suicidio en el periodo 2007-2011 en Andalucía España fueron mayores a mayor altitud, mayor privación material y poblaciones más pequeñas²³. Este último podría ser un factor relacionado para discutir en estudios posteriores. Esta condición variable se relaciona también con la residencia en zonas urbanas de quienes atentan contra su vida, debido a que, como OMS señala, el estigma del fenómeno resulta un obstáculo para el registro.

Según Agudelo, el subregistro de la depresión en hombres puede deberse a razones del deber ser hombre –implicaciones de género– que explicaría la más alta prevalencia de suicidios en hombres, a pesar de disponer de recursos más eficaces para lidiar con emociones negativas, reportando menor prevalencia de depresión³⁵.

Respecto a los polimorfismos encontrados en el estudio, conviene señalar que se evaluaron en una población en la que se desconocía si tomaban algún tipo de antidepressivo; aun así, la presencia del polimorfismo rs7305115 y el haplotipo GA del gen TPH-2 resultan positivos en quienes ya habían intentado el suicidio anteriormente³⁹. Se trata de un factor de riesgo no modificable, aunque puede ser empleado para la consejería genética.

Entre las limitaciones de este trabajo se identifican: (1) la selección de artículos que se enfocan

únicamente en acciones previas al suicidio consumado, como intento suicida o ideación suicida, sin determinar si se consumó; (2) en otros casos algunos artículos no distinguen entre orientación y/o comportamiento y/o conducta suicida, en la metodología y/o instrumentos para evaluar depresión y las características clínicas de los participantes; (3) se consideró un área poblacional muy amplia con muy pocos casos; (4) para evaluar la depresión a nivel mundial se tomaron en cuenta artículos que abordaban diversos aspectos del proceso; (5) los artículos tratan de adolescentes con diferentes rangos de edad por lo que puede haber matices en los resultados, dificultando una conclusión contundente. Es indispensable que las cifras disponibles se interpreten y comparen con cautela.

Debido a que no se registra lo que no se conoce, es posible que haya una mayor tasa de suicidio en adolescentes, si consideramos que existe una cada vez más pobre comunicación paterno-filial: necesidad de los padres de emplearse en dos o más trabajos y uso indiscriminado de las nuevas tecnologías, lo que ayuda a omitir lo que callan los adolescentes, aunado a la dificultad reportada para pedir ayuda.

Desde la calidad de la crianza, la herencia genética, el ambiente social más complejo, la geografía, los rasgos de personalidad hasta profesar creencias religiosas, son elementos a considerar en la atención de esta problemática. Los jóvenes llevan a cabo actos de violencia máxima contra sí mismos, es decir, devuelven la agresión a una sociedad hostil. Las políticas públicas y las estrategias de intervención deben considerar seriamente estos orígenes estructurales.

Es cardinal destacar el papel que puede/debe desempeñar la familia como el primer espacio de contención para los adolescentes, sin dejar de lado la participación de los profesores en las escuelas

en donde la convivencia con otros chicos y chicas puede ser un desafío determinante para la sociedad. Resulta prioritario desde temprana edad fortalecer la autoestima, el manejo de las emociones y la frustración, en las que subyacen múltiples eventos. No menos importante también es el reconocimiento positivo de aquellas situaciones en donde los adolescentes logran comportamientos asertivos ante situaciones que lo ameritan en su vida cotidiana.

Lo que resulta indispensable es visibilizar la asociación entre suicidio y depresión en adolescentes, para replantear estrategias de prevención y atención en los distintos ámbitos de acción de los jóvenes, procurar un ambiente promotor de salud física, social y mental.

Agradecimiento: Los autores agradecen al Cuerpo Académico Promoción y Educación en Salud (CA 042-UNACH) los recursos materiales, humanos y financieros recibidos para la realización de este trabajo.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto alguno de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hidalgo Vicario MI, Ceñal González Fierro MJ, Güemes Hidalgo M. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 2014; 11(61):3579-87.
- Rodríguez Puentes AP, Fernández Parra A. Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombianos. Acta Colomb Psicol. 2014;131-40.
- Grist R, Porter J, Stallard P. Mental Health Mobile Apps for Preadolescents and Adolescents: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2017;19(5):e176.
- Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Allen KA, Mohammadi S. The relationship between anxiety, depression and risk behaviors in adolescents. Int J Adolesc Med Health [en línea]. 2017 Enero [consultado el 13 abril 2018]. Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0148/ijamh-2016-0148.xml>
- Bi B, Liu W, Zhou D, Fu X, Qin X, Wu J. Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: analysis of impulsivity and neuroticism. BMC Psychiatry [en línea]. 2017 [consultado el 13 de abril de 2018];17(1). Disponible en: <http://bmcpsy-chiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1453-5>
- Yang B, Choe K, Park Y, Kang Y. Associations among daytime sleepiness, depression and suicidal ideation in Korean adolescents. Int J Adolesc Med Health [en línea]. 2017 [consultado el 13 abril 2018]. Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0161/ijamh-2016-0161.xml>
- de Dios C, Goikolea JM, Colom F, Moreno C, Vieta E. Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014;7(4):179-85.
- Vicente P B, Rojas P R, Saldivia B S, Pérez V C, Melipillán A R, Hormazábal P N, et al. Determinantes biopsicosociales de depresión en pacientes atendidos en Centros de Atención Primaria de Concepción, Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2016; 54(2):102-12.
- Lobo NJ, Morales DF, Clínica Tolima. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima, 2013. Rev Fac Nac Salud Pública [en línea]. 2016 [consultado el 13 abril 2018];34(1). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19885>
- Guerrero-Martínez, LF. Descripción del intento de suicidio como constructo de violencia en la población pediátrica femenina. Rev Fac Nac Salud Pública [en línea]. 2016 [consultado el 13 abril 2018];34(3):306-315. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12046949005>.
- Madariaga A C, Ulloa D O, Gómez V A-G, Iriondo C P, Alvarado M R. Muertes por suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2013. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. Septiembre de 2016;54(3):250-8.
- Corona Miranda, B, Hernández Sánchez, M, García Pérez, RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev Haban Cien Méd [en línea]. 2016 [consultado el 13 abril 2018];15(1):90-100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180444213011>.
- Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica Salud. 2017;28(1):25-31.
- Sánchez-Cervantes FS, Serrano-González RE, Márquez-Caraveo ME. Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. Salud Mental. 2015;38(5):379-89.
- Siabato Macías, EF, Forero Mendoza, IX, Salamanca Camargo, Y. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos.

- Pensam Psicol [en línea]. 2017 [consultado el 13 abril 2018]; 15(1):51-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80149351004>
16. Eguiluz Romo, LdL, Ayala Mira, M. Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicol Iberoam* [en línea]. 2014 [consultado el 13 abril 2018];22(2):72-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134009>.
 17. Paniagua S., RE, González P., CM, Rueda R., SM. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [en línea]. 2014 [consultado el 12 abril 2018]; 32(3):314-321. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12031816008>.
 18. Dolphin L, Hennessy E. Labelling effects and adolescent responses to peers with depression: an experimental investigation. *BMC Psychiatry* [en línea]. 2017 Dic [consultado el 13 abril 2018];17(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1389-9>
 19. Romo ML, Kelvin EA. Impact of bullying victimization on suicide and negative health behaviors among adolescents in Latin America. *Rev Panam Salud Pública*. 2016;40(5):347-355
 20. Vivian da Cunha, R, Barreyro, JP. Revisión del estado del arte de la depresión, la ansiedad y el apoyo social en torno del tema de niños y adolescentes institucionalizados. *Subjetividad y Procesos Cognitivos* [en línea]. 2015 [consultado el 13 abril 2018];19(2):58-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339643529003>.
 21. Rivera-Rivera L, Rivera-Hernández P, Pérez-Amezcuca B, Leyva-López A, Castro F de. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública Méx*. 2015;57(3):219.
 22. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Méx*. 2013; 55(1):74-80.
 23. Alameda-Palacios J, Ruiz-Ramos M, García-Robredo B. Mortalidad por suicidio en Andalucía: distribución geográfica y relación con el uso de antidepresivos, la altitud y desigualdades socioeconómicas. *Rev Esp Salud Pública*. 2015; 89(3):283-93.
 24. Martínez-Aguayo JC, Arancibia M M, Silva I H. Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2015; 53(2):127-33.
 25. Hermsillo-De la Torre, AE, Vacío Muro, MdlÁ, Méndez-Sánchez, C, Palacios Salas, P, Sahagún Padilla, MÁ. Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria* [en línea]. 2015; 25(2):52-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41648310009>
 26. Arrona-Palacios, A, García, A, Villarreal-Sotelo, K, Durán, H, Retana, A. Prevalencia de suicidios consumados y su análisis evolutivo en Reynosa, Tamaulipas. *CienciaUAT* [en línea]. 2009; 4(1):8-12. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441942917008>.
 27. González-Forteza C, Torre AEH de la, Vacío-Muro M de los Á, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Méd Hosp Infant México*. 2015; 72 (2):149-55.
 28. The U.S. Caribbean Alliance for Health Disparities Research Group (USCAHDR), Brown CR, Hambleton IR, Sobers-Grannum N, Hercules SM, Unwin N, et al. Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: a systematic review. *BMC Public Health* [en línea]. 2017; [consultado el 13 abril 2018];17(1). Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4371-z>
 29. Hidalgo-Rasmussen C, Martín AH-S. Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(11):3437-45.
 30. Abraham ZK, Sher L. Adolescent suicide as a global public health issue. *Int J Adolesc Med Health* [en línea]. Enero de 2017 [consultado el 13 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2017-0036/ijamh-2017-0036.xml>
 31. Dávila CA, Pardo AM. Mortalidad por suicidios en Colombia y México: tendencias e impacto entre 2000 y 2013. *Biomédica* [en línea]. 2016 Abril [consultado el 13 abril 2018];36(3). Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3224>
 32. Guerrero-Martínez, LF. Descripción del intento de suicidio como constructo de violencia en la población pediátrica femenina. *Rev Fac Nac Salud Pública* [en línea]. 2016 [consultado el 13 abril 2018];34(3):306-315. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12046949005>

33. Ceballos-Ospino GA, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega LM, González KE, Sotelo-Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*. 2015;12(1):15.
34. Sánchez-Loyo LM, Morfín-López T, García de Alba JE, Quintanilla-Montoya R, Hernández-Millán R. et al. Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta Investig Psicológica*. 2014;4(1):1446-58.
35. Agudelo Vélez DM, Gómez Maquet Y, López PL. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Av Psicol Latinoam*. 2014;32(1):71-84.
36. Arab LE, Díaz GA. Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2015;26(1):7-13.
37. Dutta R, Ball HA, Siribaddana SH, Sumathipala A, Samaraweera S, McGuffin P, et al. Genetic and other risk factors for suicidal ideation and the relationship with depression. *Psychol Med*. 2017;47(14):2438-49.
38. Assari S, Caldwell C. The Link between Mastery and Depression among Black Adolescents; Ethnic and Gender Differences. *Behav Sci*. 2017;7(4):32.
39. López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA, González-Castro TB, Juárez-Rojop I, Pool-García S, Genis A, et al. Association analysis of TPH-1 and TPH-2 genes with suicidal behavior in patients with attempted suicide in Mexican population. *Compr Psychiatry*. 2015; 61:72-7.
40. Patel V, Lund C, Hatherill S, Plagerson S, Corrigall J, Funk M, Flisher A. Mental disorders: equity and social determinants. En: Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup (Edits) WHO: Equity, social determinants and public health programmes. Switzerland: WHO;2010. p. 115-137.

GARANTÍA EXPLÍCITA EN SALUD ORAL EN ADULTO DE 60 AÑOS: IMPACTO EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

EXPLICIT ORAL HEALTH GUARANTEE FOR ADULTS 60 YEARS OF AGE: IMPACT ON THEIR PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la Garantía Explícita en Salud Oral en el Adulto de 60 años (GES-60 años) desde la percepción de la calidad de vida. **Método:** Se realizó una evaluación antes y después de la prestación del programa GES-60, sin grupo control. Se utilizó el cuestionario Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) para cuantificar los cambios en la percepción de la calidad de vida como un indicador de resultado del programa. Se aplicó el test no paramétrico de Wilcoxon para datos emparejados en STATA 12.0. **Resultados:** Participaron 103 adultos en el estudio y 85,5% fueron mujeres. Al término del programa GES-60 se presentaron mejoras significativas en la valoración global de la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral, como también en cada una de las dimensiones, particularmente en términos de la limitación psicológica. **Conclusión:** Existe una significativa contribución del programa en el mejoramiento de la percepción de la calidad de vida de la población intervenida.

Palabras clave: Evaluación, Salud Pública, Calidad de vida, Salud oral, Adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the Explicit Guarantee in Oral Health for Adults 60 years of Age (GES-60) on the basis of their perception of quality of life. **Method:** Evaluations were conducted before and after users participated in the GES-60 program, without a control group. The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) was used to quantify changes in the perception of quality of life as an indicator of the program's results. The nonparametric Wilcoxon test was used to analyze matched data in STATA 12.0. **Results:** A total of 103 adults participated in the study, and 85.5% were women. At the end of the GES-60 program, there were significant improvements in the overall assessment of the participants' perception of quality of life related to oral health, in each of the dimensions, particularly in terms of psychological limitations. **Conclusion:** The program significantly improves the target population's perception of quality of life.

Keywords: Evaluation, Public health, Quality of life, Oral health, Older Adults

Patricia Moya

Facultad de Odontología,
Universidad Finis Terrae;
Santiago, Chile

Escuela de Salud Pública,
Universidad Mayor,
Santiago, Chile.

Juan Carlos Caro, Óscar Asmurú,
Paulina Gómez

Facultad de Odontología,
Universidad Finis Terrae;
Santiago, Chile

Lorena Hoffmeister
Escuela de Salud Pública,
Universidad Mayor,
Santiago, Chile.

Patricio González c.
Cirujano-Dentista, CESFAM
Vitacura.

Artículo recibido el 30/04/2018.

Aceptado el 15/03/2019

Financiación

Sin financiación externa.

Conflictos de intereses.

Los autores declaran que no presentan conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

Chile cuenta con programas ministeriales dirigidos a 80 problemas priorizados de salud denominados Garantías Explícitas en Salud (GES), implementados con la Reforma de salud en el año 2005.¹ Su principal objetivo está orientado a garantizar el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de la atención de salud al individuo que lo solicita. En este grupo de garantías explícitas se encuentra la “Salud oral integral del adulto de 60 años” (GES-60 años), población objetivo que presenta un marcado deterioro de su salud bucal.²

La “Salud oral integral del adulto de 60 años” consiste en garantizar la atención odontológica integral por un cirujano dentista, según necesidad. Está orientada a educar, prevenir, restaurar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años y su inicio debe ser antes de los 90 días de realizada la solicitud. La garantía termina cuando se han realizado las actividades que el individuo requería.²

El GES-60 años plantea como objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto, como respuesta a la mala salud bucal adquirida durante su vida por no haber recibido tratamientos adecuados y oportunos.² Su puesta en marcha ha significado grandes esfuerzos para el país, tanto en recursos humanos, físicos como económicos,¹ por lo que resulta relevante conocer en qué grado esta estrategia está efectivamente contribuyendo al logro de uno de los objetivos sanitario del Ministerio de Salud: “Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población”

Hasta ahora, la evaluación del GES-60 años, a nivel de los centros de atención primaria, se ha focalizado en contrastar las actividades programadas versus actividades cumplidas, mientras que a nivel nacional la evaluación se enmarca en la cobertura alcanzada. En la red pública, en el año 2013, la cobertura fue de 32% mostrando una tendencia decreciente.³ La evaluación de los resultados sanitarios de este programa no ha sido abordada sistemáticamente y los estudios son escasos y se limitan a medir el estado de salud bucal y la necesidad de tratamiento. Este tipo de evaluación requiere un abordaje distinto y de la construcción de indicadores afines y de otras fuentes de información que deben ser consideradas en la gestión de la intervención.⁴ La calidad de vida se ha establecido como un indicador de

impacto sanitario de enfermedad y suele utilizarse para la evaluación de la eficacia de un tratamiento.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (OMS, 2007). Es un concepto amplio, multidimensional, que considera a la salud oral como un factor que puede afectar las actividades de la vida diaria de la persona, como comunicarse, comer o relacionarse. Una disminución en la autoestima y el bienestar por trastornos en la cavidad bucal dio lugar al concepto de Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral (CVRSO) definida como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.⁷

Existen diversos instrumentos para medir la CVRSO, entre ellos el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), instrumento validado para el habla hispana que define la salud oral como ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social. Su amplia utilización en adultos mayores ha dejado en evidencia una directa relación entre baja auto percepción de calidad de vida y un pobre estado de salud bucal.^{6,7}

Este estudio tiene como objetivo evaluar la Garantía Explícita en Salud Oral en el adulto de 60 años (GES-60 años) desde la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención antes-después, sin grupo control, indicado para la evaluación de programas de amplia cobertura o políticas públicas.⁴

Población: La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de los pacientes ingresados al GES 60 años (387) en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Vitacura durante el periodo 2014 a 2017. La muestra de trabajo se obtuvo mediante un muestreo por conveniencia, proporcional al total del ingresos por año. Fueron adultos, de ambos sexos, de 60 años de edad que, previa firma de consentimiento informado, ingresaron en forma voluntaria al programa GES-60 años en el centro de

salud durante los años 2014 al 2017. Fueron incluidos en el estudio aquellos adultos que solicitaron atención odontológica integral mientras tenían 60 años de edad, con necesidad de rehabilitación protésica parcial o total y respondieron la totalidad de las preguntas del cuestionario GOHAI, antes y un mes después de finalizada la atención odontológica. La muestra final quedó constituida por 103 adultos de 60 años.

La rehabilitación protésica del programa GES 60 años se basa en la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, ya sea para reemplazar un tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir inicialmente las piezas dentarias perdidas por caries o enfermedad periodontal. El aparato protésico es realizado en el centro de atención primaria por un odontólogo que posee la especialidad en Rehabilitación Oral. La atención del especialista termina una vez que el paciente ha recibido el alta, por lo tanto sólo se evalúa el éxito o fracaso de éste en el corto plazo (un mes).

Fuente de información. Se utilizó el cuestionario Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) para medir percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral. Es un instrumento sensible para detectar influencia de los tratamientos dentales en la percepción del paciente sobre su salud oral. Es auto administrado, consta de 12 preguntas con respuesta en escala tipo Likert y valoriza tres dimensiones: función física, función psicosocial y dolor e incomodidad.⁶⁻⁷ La percepción de la calidad de vida se calcula como el puntaje obtenido de la sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60.

Se define "mala calidad de vida" con una puntuación igual o menor a 50; "calidad de vida regular" con puntuación entre 51 y 56, y "buena calidad de vida" con puntuación igual o superior a 57 según el autor.³ A los efectos de este estudio se crearon categorías de calidad de vida negativa y positiva, definiendo "calidad de vida negativa" con una puntuación igual o inferior a 57 y "calidad de vida positiva" con puntuación mayor a 57 según lo reportado por otros autores^{8,9}.

Variables del estudio. Para caracterizar la población estudiada, el cuestionario consideró el auto reporte de variables sociodemográficas: sexo, nivel educacional y variables clínicas: presencia de enfermedades crónicas (Hipertensión Arterial, Diabe-

tes Mellitus tipo 2 o ambas), percepción de necesidad de prótesis dental. Se consideró el número de dientes perdidos registrado en el odontograma de la ficha utilizada por el especialista para la rehabilitación con prótesis dental.

Análisis estadístico. Las variables cualitativas fueron presentadas en forma de frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas mediante medias y desviaciones estándar, y medianas y rangos intercuartílicos. La comparación antes-después, tanto para el valor global como para cada una de las dimensiones del GOHAI se realizó a través del test no paramétrico de Wilcoxon indicado para muestras relacionadas. Previamente, se testeó la normalidad de la distribución con el test Kolmogorov-Smirnov. Se calculó el valor absoluto y porcentual de cambio en la mediana de las puntuaciones, junto al porcentaje de participantes que mejoran su percepción de la calidad de vida.¹⁰ Se relacionó la valoración global del GOHAI con cada una de las variables estudiadas y se estableció el nivel de la significancia estadística, valor p menor a 0,05. Se utilizó el software estadístico STATA 12.0.

RESULTADOS

Características de la población estudiada. Un 85,5% de los participantes fueron mujeres y un 44,7% refiere tener educación básica completa. Un 65,1% tiene enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) o ambas. La media de dientes perdidos por cualquier causa fue de 13,2 (DE: 7,94) y un 58,2% presentó pérdida de dientes igual o mayor a 10. El total de participantes refiere necesidad de rehabilitación protésica y más de la mitad (59,2%) prótesis dental en ambas arcadas (ver Tabla 1).

Evaluación de los resultados de percepción de calidad de vida. Un 97,1% de los adultos calificó como mala su calidad de vida relacionada con salud oral al ingreso al programa, cifra que descendió a 34,95% una vez cumplida la garantía ($p < 0,05$).

Se observaron cambios significativos en la puntuación global del GOHAI, comparando antes y después de la intervención por GES-60 años. El valor de la mediana inicial fue de 35 puntos y final de 53 puntos, como se observa en la Figura 1.

El valor porcentual del cambio de la puntuación global del GOHAI antes y después de la interven-

Figura 1. Distribución puntaje GOHAI y después de GES- 60 años.

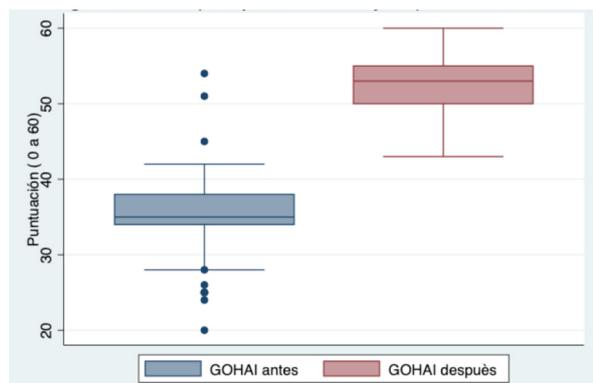


Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los adultos de 60 años ingresados por GES en atención primaria de salud.

Variables		n	%
Sexo	Masculino	15	14,5
	Femenino	88	85,5
Nivel educacional	Educación básica	46	44,7
	Educación media	23	22,3
	Educación superior	34	33,0
Presencia de patología crónica	No	36	34,9
	Si	67	65,1
Ausencia de dientes > 10	No	43	41,8
	Si	60	58,2
Necesidad de rehabilitación protésica	Arcada superior	15	14,6
	Arcada inferior	27	26,2
	Ambas arcadas	61	59,2

Elaboración propia.

ción fue de 51,4% como se muestra en la Tabla 2. Un 99% de los participantes mejoró su percepción de calidad de vida.

La dimensión “función física”, la cual influye en el comer, hablar y deglutir fue la que generó menor impacto en los adultos de 60 años, después del programa GES, (28,6% de porcentaje de cambio) afectando a un 71,8% de los participantes. La dimensión “función psicosocial”, que simboliza la preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales presentó una variación de cambio del 80%, afectando al 99% de los participantes. Este resultado es similar en la dimensión “dolor e incomodidad”.

Puntuación de la percepción de CVRSO y factores sociodemográficos y clínicos. La Tabla 3 muestra las variaciones ocurridas en la puntuación del GOHAI antes y después del programa GES-60 años por las variables estudiadas. La percepción de CVRSO en los adultos antes del GES-60 años fue similar entre hombres y mujeres y entre quienes perciben la necesidad de rehabilitación protésica en una o ambas arcadas. Sin embargo fue levemente mayor en aquellos con nivel educacional básico, en los que no presentan patología crónica y en los que tienen pérdida de menos de 10 dientes en sus arcadas. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p>0,05$).

La puntuación del GOHAI después del programa GES-60 años fue mayor para todas las variables estudiadas al comparar con la puntuación registrada antes del GES-60 años. Después del GES 60 años, la puntuación fue levemente mayor en las mujeres de 60 años, en aquellos que refieren nivel educacional básico, con ausencia mayor o igual a 10 dientes y necesidad prótesis en una arcada. Sin embargo, las diferencias observadas no son estadísticamente significativas. La condición de no presentar patología crónica mostró una puntuación más alta que aquellos que si refieren presentar patología crónica, siendo esta diferencias estadísticamente significativa.

Tabla 2.- Cambios en la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral para la valoración global y por dimensiones, antes y después de la intervención por GES-60 años. (Md= mediana).

GOHAI Dimensiones	n	Después				Diferencias medianas(a) (%)	Participantes que mejoran(b) (%)
		Antes	Mediana (Md)	Percentil 25 - 75	Mediana (Md)		
Limitación Funcional (20 puntos)	103	14	13 - 16	18(c)	15 - 19	28,6	71,8
Limitación psicológica (30 puntos)	103	15	14 - 17	27(c)	24 - 28	80,0	99,0
Dolor e Incomodidad (10 puntos)	103	5	5 - 6	9(c)	8 - 10	80,0	97,1
Valoración global GOHAI (60 puntos)	103	35,0	34 - 38	53,0(c)	50- 55	51,4	99,0

(a) (Md antes - Md después) /Md antes x 100

(b) Porcentaje de adultos en que la Md después fue mayor a la Md antes. Test de Wilcoxon para datos emparejados

(c) $p < 0,05$ **Tabla 3.** Puntuación GOHAI en adultos de 60 años antes-después del GES según características sociodemográficas y clínicas.

Variables		Puntuación cuestionario GOHAI					
		Antes			Después		
		media	DE	p value	media	DE	p value
Sexo	Masculino	35,46	1,95	0,51	50,86	4,94	0,09
	Femenino	35,52	5,00		52,30	3,79	
Nivel educacional	Ed. básica	36,30	5,10	0,07	52,86	3,60	0,309
	Ed. media	35,04	5,14		50,78	4,71	
	Ed. superior	34,51	3,57		51,94	3,81	
Presencia de patología crónica	No	36,05	5,25	0,803	53,05	3,79	0,036*
	Si	35,22	4,34		51,58	4,06	
Ausencia de dientes > 10	No	36,13	3,34	0,873	51,95	3,81	0,620
	Si	35,06	5,41		52,20	4,13	
Necesidad de rehabilitación protésica	Un maxilar	35,42	4,47	0,438	52,47	3,98	0,213
	Ambos maxilares	35,57	4,84		51,83	4,00	
Total		35,51	4,67	52,09	3,98	0,001*	

Test Student (*) $p < 0,05$

DISCUSIÓN

Existe una creciente necesidad por evaluar el impacto de los programas en Salud Pública, ya sea para la definición de nuevos programas o reformulación de los ya existentes. Sin embargo, por distintas razones (limitaciones económicas, escasa cultura de evaluación entre gestores), son escasos los programas de salud que son evaluados.¹⁰

Es indudable que, si el GES-60 años tiene por objetivo mejorar la calidad de vida del adulto de 60 años y no sólo limitar las enfermedades bucodentales, integrar indicadores sobre mediciones de la calidad de vida en la historia clínica constituye una evidencia necesaria y relevante para evaluar su impacto en la población beneficiaria.^{11,12}

El GOHAI es uno de los instrumentos más utilizados para medir percepción de calidad de vida relacionada con salud oral porque muestra un alto nivel de consistencia interna y confiabilidad (alpha de Cronbach's > 0,79) en todas las edades. Reporta problemas de salud oral relacionados con aspectos fisiológicos, físicos y psicológicos, dando mayor peso a limitaciones funcionales y de malestar o dolor que son inmediatos.^{13,14}

Al término del programa GES-60 años, los adultos de 60 años estudiados aquí presentaron mejoras significativas en la valoración global de la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral, como también en cada una de las tres dimensiones medidas por el GOHAI.

De acuerdo a los resultados del presente estudio, hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la percepción de la calidad de vida antes y después de la intervención del GES-60 años, corroborando una mejoría en la calidad de vida, mayor en la dimensión psicológica que, por cierto, mejoró al 99% de los participantes después del programa. Este resultado concuerda con lo señalado por otros autores, donde la función psicosocial sería la reportada con mayor frecuencia de cambio, en especial la relacionada con la incomodidad de comer frente a otras personas por problemas con sus dientes.¹⁴⁻¹⁶

En relación con las características sociodemográficas, algunos autores^{8,19,20} coinciden en que las mujeres tienden a tener una peor percepción de su calidad de vida relacionada con la salud oral en comparación con los hombres y a medida que au-

menta la edad, aumenta esta percepción negativa. Si bien en el presente estudio las mujeres presentaron una mejor percepción de CVRSO, las diferencias en la puntuación del GOHAI con los hombres no fueron estadísticamente significativas.

Es importante destacar que después de la intervención por el programa GES-60 años, se observó una mejor percepción de CVRSO en ambos sexos; esto indica que el tratamiento odontológico recibido provoca cambios inmediatos en la calidad de vida de los adultos, independiente del sexo, lo que es concordante con lo referido por otros autores.¹⁸

Al relacionar la percepción de la calidad de vida con la presencia o ausencia de enfermedades crónicas, se encontró una mayor puntuación del GOHAI en quienes no refieren dichas patologías (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 o ambas), con significación estadística. Esto concuerda con lo referido por Díaz et al.¹⁶, que uno de los factores relacionados con el detrimento en la calidad de vida relacionada con salud oral es el antecedente de hipertensión arterial.

La ausencia de dientes y la necesidad de prótesis dental tiene relación directa con la salud del individuo y con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral. Esto obedece a que afecta su función masticatoria con posibles trastornos en la nutrición y muchas veces dolor e incomodidad frente a otras personas al momento de realizar la alimentación. Al ingreso de los adultos al programa, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la valoración de la CVRSO y las variables clínicas como ausencia mayor o igual a 10 dientes, junto con la necesidad de una o dos prótesis dentales, dejando de manifiesto que el mayor daño que presentan en su boca no afecta su percepción de la calidad de vida que ya se encuentra deteriorada. La evidencia refiere que quienes necesitan prótesis dentales tienen puntuación más bajas en el GOHAI que quienes no las necesitan, situación similar a la observada en este estudio; los adultos que necesitaban una o dos prótesis dentales tuvieron una puntuación más baja antes de recibir el tratamiento protésico que después de la rehabilitación protésica.^{8,16}

Una de las limitaciones del estudio tiene relación con el diseño empleado, ya que al comparar los resultados antes y después de la intervención, sin utilizar grupo control no se puede asumir que

los cambios ocurridos se deban exclusivamente a la intervención por GES. Sin embargo, ante la imposibilidad de contar con grupo control, se asume que la población permanece "igual" respecto a otros factores que pudieran modificar los resultados y el cambio observado se puede atribuir a la intervención.^{4,17}

Es importante considerar que uno de los sesgos más frecuentes en este tipo de estudios es el sesgo de obsequiosidad y que es propio de los participantes que responden las preguntas de un cuestionario o de una entrevista con lo que creen que el investigador considera correcto o quiere escuchar. Esto puede controlarse con la administración auto reportada del cuestionario en una instancia que no sienta la influencia del investigador o entrevistador, como se realizó en este estudio.

Este estudio permite concluir que existe una significativa contribución del programa GES-60 años en el mejoramiento de la percepción de la calidad de vida de la población intervenida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Valenzuela J. Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años? *Rev Chil Salud Pública* 2015; 19 (2):181-7.
- Chile. Ministerio de Salud. Guía clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años en línea]. Santiago: MINSAL; 2011. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf>
- Quezada C, Muñoz D, Cueto A, Barraza A. Reforma de Salud en Chile: Evaluación Garantía Explícita en Salud Oral en Población de 60 Años. *Int. J. Odontomat.* 2013; 7(2): 319-26.
- López M, Dell' Olmo M, Perez A, Nebot M. Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos. *Gac Sanit.* 2011; 25: 9-16.
- Urzúa M Alfonso. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. méd. Chile.* 2010 ; 138(3): 358-65.
- Dolan TA, Peek CW, Stuck AE, Beck JC. Three year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998; 26:62-9.
- Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Rev dent Chile.* 2005; 96 (2): 28-35.
- Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana.* 2012; 22 (4): 197-202.
- Durán-Napólitano D, Moya P, Aubert-Valderrama J, Becerra A, Lara-Luer A, Monsalves MJ. Percepción de salud bucal en adultos mayores en dos comunas con desarrollos extremos en Chile. *CES Odont.* 2016; 29(1)5-12.
- Villalbí J, Tresserras R. Evaluación de políticas y planes de salud. *Gac Sanit.* 2011;25 (Supl 1):17-24.
- Naranjo M. Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud.* 2006; 4 (2): 34-7.
- Lozano J, Saavedra RM, Fernández N. La evaluación del impacto de los resultados científicos. *Metodologías y niveles de análisis.* *Rev Hum Med.* 2011; 11(1): 99-117.
- Deshmukh SP, Radke UM. Translation and validation of the Hindi version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology.* 2012;29(2):1052-8.
- Dable R, Nazirkar G, Singh S, Wasnik P. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(9):2063-7.
- Esquivel R, Jiménez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *ADM.* 2012; 69 (2):69-75.
- Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam.* 2012; 5 (1):9-16.
- Ramos P, Ramosa P, Vázquez N, Pasarín M, Artazcoz L. Evaluación de un programa piloto promotor de habilidades parentales desde una perspectiva de salud pública. *Gac Sanit.* 2016;30(1):37-42.
- Bellamy C, Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Av Odontomatol.* 2014;30(4):195-203.
- De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela M, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ. Odontol.* 2010; 29(63):83-92.
- Esquivel R, Jimenez J. Necesidades de Atención Odontológica en Adultos Mayores Mediante la Aplicación del GOHAI. *Revista ADM.* 2010; 57: 127-31.

VIOLENCIA PERCIBIDA POR TRABAJADORES DE LA SALUD DE PARTE DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO EN LIRQUÉN, CHILE, 2017.

HEALTH WORKERS' PERCEPTION OF USER VIOLENCE IN THE TALCAHUANO HEALTH SERVICE IN LIRQUÉN, CHILE, 2017.

RESUMEN

La violencia en los centros de salud, que históricamente afectaba a algunos puestos de trabajo, actualmente es generalizada. La alta exposición de los trabajadores a agresiones repercute negativamente en su seguridad y salud. **Objetivo:** Describir la violencia percibida por los trabajadores de la salud de parte de los usuarios del Servicio de Salud Talcahuano en Lirquén, Chile. **Métodos:** Se realizó en 2017 un estudio descriptivo transversal, en lo cual participaron 155 trabajadores de dos centros de salud pertenecientes al Servicio de Salud Talcahuano. Los participantes, quienes dieron su consentimiento informado, contestaron un instrumento validado, de autoaplicación, anónimo y confidencial. El análisis se presenta con tablas de distribución, promedios y datos de dispersión. **Resultados:** Se encontró que el 70,3% de los trabajadores reporta haber sufrido violencia por parte de los usuarios, tratándose en el 85,3% de violencia verbal. Los más afectados son médicos, odontólogos y enfermeros. Los actos de violencia ocurrieron preferentemente en la mañana, durante la espera de su hora o en medio de una atención sanitaria. Las principales causas identificadas fueron el tiempo de espera y la salud mental del usuario. El perfil del agresor corresponde a un paciente adulto sin distinción de sexo. Finalmente, sólo el 9,2% de las agresiones se notificó formalmente; un 30% de los trabajadores considera que el registro es inútil, y un 72,5% considera que la frecuencia de la violencia se mantiene igual o va en aumento. **Conclusiones:** La violencia de los usuarios afecta a la mayoría de los trabajadores de la salud. Existe mínima notificación formal y escaso registro de las agresiones. Es necesario capacitar a los trabajadores para prevenir y manejar las agresiones.

Palabras clave: Violencia, Trabajadores de la salud, Percepción de violencia

ABSTRACT

Introduction: Violence in health centers, which historically affected only a few occupations, is now widespread. The prevalent exposure of workers to aggressions has a negative impact on their safety and health. **Objective:** To describe user violence perceived by health workers of the Talcahuano Health Service in Lirquén, Chile. **Methods.** A cross-sectional descriptive study was conducted, with 155 participants who were workers in two health centers, belonging to the Talcahuano Health Service, in 2017. After going through an informed consent process, participants answered a validated, self-applied, anonymous, and confidential instrument. Analysis is presented with distribution tables, averages, and dispersion data. **Results:** It was found that 70.3% of workers reported having suffered violence by users, and that 85.3% of that violence was verbal. The most affected workers were doctors, dentists, and nurses. The acts of violence occurred tended to occur in the morning, while users waited to be seen or during their appointment; the main causes were wait time and the users' mental health. The aggressors were adult users, of both sexes. Finally, only 9.2% of the attacks were formally reported; 30% of the workers believe that registering the violence is useless; and 72.5% consider that the amount of violence remains the same or is increasing. **Conclusions:** User violence affects the majority of health workers. There is minimal formal notification and scarce registration of the aggressions. Workers should be trained to prevent and address these aggressions.

Keywords: Violence, Health workers, Perception of violence.

Hugo Vega-Pinochet,
Cirujano Dentista, Magister en
Salud Pública, Facultad de Ciencias
de la Salud y los Alimentos, Univer-
sidad Del Bío-Bío. Chillán
hugovegapinochet@yahoo.com
El autor declara no tener conflicto
de intereses.

Artículo recibido el 07/03/2018.
Aceptado el 24/10/2018

INTRODUCCIÓN

La violencia y sus manifestaciones son un tema preponderante para las organizaciones internacionales. En ella influyen múltiples factores políticos, económicos y culturales con consecuencias para toda la sociedad, el desarrollo de las naciones y la democracia¹.

En el ambiente laboral, la violencia física y psicológica también es una problemática de carácter mundial, siendo una preocupación constante tanto en países industrializados como en países en desarrollo².

Violencia en el trabajo es “toda acción o incidente que se aparta de lo razonable, mediante el cual, una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su trabajo o como consecuencia directa del mismo”³. Es tan habitual en algunos puestos de trabajo que tienen relación con la atención a público que muchos trabajadores suelen considerarla como una característica propia del trabajo. La atención sanitaria, se encuentra a la cabeza de esta situación. La violencia en los centros de salud, que históricamente se limitaba a algunos puestos de trabajo, actualmente afecta a todos los sectores de esta actividad⁴. La exposición a la agresión es altamente prevalente en los trabajadores y es un problema que repercute negativamente en la seguridad y salud de ellos y en la de los pacientes⁵.

Se desconocen las verdaderas causas del incremento de agresiones al personal de salud. En distintas publicaciones se describen dentro de los principales motivos: situaciones de angustia del usuario, frustración de no alcanzar un beneficio, demoras en la atención, retraso en los exámenes, desconfianza hacia los médicos, etc.⁶.

Normalmente sólo los eventos graves, verbales o físicos, que son una pequeña fracción del total de agresiones, son denunciados y/o investigados en los establecimientos de salud⁷. La mayoría de las agresiones son verbales y no provocan lesiones ni demandan tratamiento alguno. El promedio de edad de los trabajadores agredidos es de 40,9 años, y no hay diferencia estadísticamente significativa que relacione la violencia con el sexo, categoría profesional o antigüedad en el trabajo⁸. Ocurre mayoritariamente en los espacios de atención clínica y pasillos, y de preferencia en las mañanas. Para contrarrestarla los funcionarios utilizan la defensa verbal, la evi-

tación y la aceptación pasiva⁹.

Los trabajadores con turnos notifican más agresiones que los que trabajan en horarios fijos. Los profesionales casados y convivientes agredidos realizan menos registros que los solteros, divorciados y viudos. Aquellos que trabajan en equipo y los trabajadores jóvenes también registran más agresiones. Considerando los datos mencionados, se ha construido el “perfil del trabajador agredido”: se trataría de una enfermera del servicio de urgencia, en turno de mañana y de 38 años de edad en promedio. En cuanto al “perfil del agresor”, se trataría de un varón de 42 años en promedio y que considera que lleva esperando demasiado tiempo para ser atendido¹⁰⁻¹⁵.

En Chile, un estudio realizado en un hospital público reveló que las profesionales de enfermería (enfermeros y enfermeras) tienen una alta percepción de violencia, alcanzando al 73,4% de las participantes¹⁶. Otros estudios similares en alumnos de enfermería de un hospital revelan que el 74,3% de los entrevistados ha sido afectado; el 11% declaró violencia física, un 33,3% reportó acoso sexual, mientras que el 94,3% manifestó haber percibido principalmente violencia psicológica¹⁷.

El objetivo de esta investigación es describir la violencia percibida por los trabajadores de la salud de parte de los usuarios del Servicio de Salud Talcahuano en Lirquén, Chile.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional descriptivo y transversal.

Universo: Todos los trabajadores del Hospital Penco Lirquén y del Cesfam Lirquén, de la comuna de Penco, región del Biobío, Chile; ambos comprenden una población de 394 funcionarios.

Grupo Estudio: En esta investigación participaron 155 trabajadores, lo que representa el 39,3% del total del personal sanitario de ambos centros de salud; Para el pilotaje del cuestionario, se seleccionó otra muestra de 19 trabajadores del Cesfam Penco, usando la fórmula de Fistera, con un 95% de confianza, un error muestral del 5% y un 15% de pérdida esperada.

Criterios de Elegibilidad: Se consideró a quienes tuvieran mínimo un año de experiencia laboral en un centro de salud y que se encontraran laboralmente activos entre Diciembre de 2016 y Junio de 2017.

Fueron excluidos los funcionarios que rechazaron participar en el estudio y los que no fue posible ubicar por feriado legal, licencia médica u otro motivo propio de sus funciones.

Descripción del Instrumento: El instrumento de medición es de elaboración propia, teniendo como referencia la encuesta del "Registro de agresiones a médicos, del Protocolo de denuncia de agresiones a médicos de la Organización Médica Colegial de España" (18) y la encuesta utilizada por Mayorca, Lucena, Cortés y Lucerna (12), ambas publicadas y cuyo lenguaje original es el castellano; este instrumento fue sometido al proceso de adaptación cultural y pruebas de confiabilidad y validez; el resultado es una encuesta auto-aplicable, individual, anónima y confidencial de 28 preguntas.

Procedimiento de Validación: La adaptación cultural, se obtuvo a través de dos rondas de consultas a un grupo de ocho expertos en investigación científica, desarrollo laboral de las personas, lenguaje y en materia de violencia, sociología y psicología laboral, siguiendo el método Delphi (19) y utilizando un formato de peritaje. Posteriormente se realizó la prueba piloto en la muestra de 19 trabajadores del Cesfam Penco, obteniéndose el cuestionario definitivo para la investigación.

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el Coeficiente alfa de Cronbach. La validez de apariencia y contenido fue evaluada por 4 expertos. La validez de constructo fue evaluada mediante un análisis comparativo de los resultados con la información bibliográfica. La utilidad del instrumento

fue evaluada por el propio investigador.

Procedimiento recolección de datos: Entre Diciembre de 2016 y Mayo de 2017, en los funcionarios que manifestaron su interés de participar, mediante un consentimiento informado. El tiempo utilizado en promedio por encuestado fue de 10 minutos.

Aspectos éticos: Por jurisdicción técnica, el Comité de Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano aprobó la aplicación del proyecto de investigación y el consentimiento informado correspondiente, el 25 de noviembre de 2016, por Resolución N° 1149.

Procesamiento de datos: Los datos se presentan mediante tablas de distribución de frecuencia y medidas de tendencia central; para tablas y alfa Cronbach se usó el programa Stata en su versión 12.0.

RESULTADOS

Para realizar este estudio se debió establecer la validez y confiabilidad del instrumento de medición mediante la adaptación cultural, el pilotaje y el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, el cual arrojó un resultado $\alpha = 0,964$ logrando así obtener un instrumento de medición validado para valorar la violencia percibida.

En la investigación, participaron 155 funcionarios: 106 mujeres (68,4%) y 49 hombres (31,6%). Con respecto al lugar de trabajo de los encuestados, 96 funcionarios trabajan en el Hospital Penco Lirquén (61,9%) mientras que 59 trabajadores (38,1%) lo hacen en el Cesfam Lirquén. (Tabla 1)

Tabla 1: Distribución de frecuencia de la población en estudio según sexo

SEXO	LUGAR DE TRABAJO				TOTAL	
	Hospital		Cesfam		N°	%
	N°	%	N°	%		
Hombre	32	20,6	17	11,0	49	31,6
Mujer	64	41,3	42	27,1	106	68,4
TOTAL	96	61,9	59	38,1	155	100

Fuente: Elaboración propia

De los 155 trabajadores el 46,5% son solteros y el 44,5% son casados; solo el 8,4% son separados o divorciados y sólo una persona, el 0,7%, es viudo. Esta distribución es similar a lo observado por sexo, donde el 46,9% de los hombres y el 46,2% de las mujeres son solteros, mientras que el 49% y 42,5% de los hombres y mujeres, respectivamente, son casados.

De los participantes el 31% cuentan con formación técnica; los profesionales que no pertenecen a la ley médica son el 30,3%; le siguen los profesionales de la ley médica (médicos, odontólogos y químico-farmacéuticos) con un 19,3%; los funcionarios del estamento auxiliar representan un 11% y finalmente el personal administrativo constituye un 8,4% de la muestra. En los hombres, tres de los cinco estamentos (estamento auxiliar, técnico y profesionales no médicos) están representados en proporciones similares, levemente superior al 20%, en tanto que en la ley médica, los hombres representan el 30,6% y en el estamento administrativo los hombres sólo constituye un 6,1% de él. En las mujeres la representación de los estamentos es similar a la de la población total de los entrevistados, con la salvedad que en el estamento de los auxiliares solo alcanzan un 6,6% de participación. En los estamentos técnico y profesionales no médicos, los de mayor representatividad son las mujeres, con un 35,8% y un 34% respectivamente.

De los trabajadores encuestados, 123 participantes declararon trabajar en jornada diurna y sólo 32 de ellos dijeron trabajar en sistema de turno. El 68,4% declaró estar toda su jornada laboral en contacto directo con los usuarios, mientras que el 20% declaró que su contacto con los usuarios es durante más de la mitad de su jornada y sólo el 11,4% dijo que es menos de la mitad de su jornada laboral.

El 70,3% de los participantes, es decir 109 de 155 funcionarios, declararon haber sido víctima de algún tipo de violencia de parte de los usuarios, mientras que el 29,7%, restante declaró no haber sido objeto de agresión alguna. Sin embargo, al observar por separado cada centro de salud, el 74,6% de los trabajadores del Cesfam se han visto afectados por violencia procedente de los usuarios, mientras que en el hospital el 67,7% de los trabajadores ha sido víctimas de este fenómeno. (Tabla 2)

La percepción de violencia de los trabajadores, según las características socio laborales, es prácticamente la misma en ambos sexos. Algo parecido ocurre cuando se observa por estamento, aunque se puede notar que el estamento administrativo es donde menos se observó el fenómeno estudiado, mientras que el estamento de la Ley Médica fue el más afectado. Los trabajadores del Cesfam señalaron haber percibido más violencia de los usuarios que los trabajadores del hospital. El tipo de jornada laboral señala que los trabajadores con sistema de turnos han sido más afectados que los que trabajan en horario diurno. Por último, los funcionarios que interactúan con los usuarios toda o más de la mitad de la jornada fueron más afectados por agresiones que los que están en contacto con los usuarios menos de la mitad de su jornada laboral. (Tabla 3)

Los profesionales de ley médica y enfermeros(as) son los más afectados. (Tabla 4) En los tipos de violencia percibida las personas encuestadas podían marcar más de una opción, si fuera necesario. Las expresiones de violencia de cualquier tipo que se enmarcan en expresiones verbales o gestos, sin contacto físico entre el agresor y el trabajador, representan un 85,3% del total de las agresiones. (Tabla 5)

Tabla 2: Distribución de frecuencia de la percepción de violencia de la población en estudio, según centro de salud.

CENTRO DE SALUD	CON PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA		SIN PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
CESFAM LIRQUÉN	44	74,6	15	25,4	59
HOSPITAL P-L	65	67,7	31	32,3	96
TOTAL	109	70,3	46	29,7	155

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Distribución de frecuencia de la percepción de violencia de la población en estudio, según características socio laborales

VARIABLES	PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA	
	Proporción	%
SEXO		
Hombre	34/49	69,4
Mujer	75/106	70,6
ESTADO CIVIL		
Soltero/a	50/72	69,4
Casado/a o Conviviente	50/69	72,5
Divorciado/a - Separado/a	8/13	61,5
Viudo/a	1/1	100,0
ESTAMENTO		
Administrativo	8/13	61,5
Auxiliar	13/17	76,5
Técnico	31/48	64,6
Profesionales Ley Médica	26/30	86,7
Otros Profesionales	31/47	66,0
LUGAR DE TRABAJO		
Hospital	64/96	66,7
Cesfam	45/59	76,3
JORNADA DE TRABAJO		
Diurno	83/123	67,5
Turno	26/32	81,3
PORCIÓN CON USUARIOS		
Menos de la mitad de jornada	9/18	50,0
Más de la mitad de jornada	22/31	71,0
Toda la jornada	78/106	73,6

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Distribución de frecuencia de la percepción de violencia de la población en estudio según estamento

ESTAMENTOS	PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA	
	Proporción	%
ESTAMENTO PROF. LEY MÉDICA		
Médico	14/16	87,5
Odontólogo/a	12/14	85,7
Total	26/30	86,7
ESTAMENTO PROF. NO MÉDICO		
Enfermero/a	10/12	83,3
Matrón/a	3/7	42,9
Psicólogo/	3/3	100,0
Trabajador/a Social	4/6	66,7
Fonoaudiólogo/a	0/1	0,0
Kinesiólogo	4/11	36,4
Nutricionista	2/2	100,0
Tecnólogo Médico	4/5	80,0
Total	30/45	66,7
ESTAMENTO TÉCNICO		
Téc. En Enfermería	31/45	68,9
Téc. RRHH / Téc. Ing. Informát.	2/3	66,6
Total	33/48	68,8
ESTAMENTO ADMINISTRATIVO		
Téc. en Administración	5/12	41,7
Contador	1/1	100
Total	6/13	46,2
ESTAMENTO AUXILIAR		
Guardia	8/12	80,0
Conductor	2/2	100,0
Otros Oficios	4/5	80,0
Total	14/19	73,7

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5: Distribución de frecuencia del tipo de violencia percibida por la población en estudio

TIPO DE VIOLENCIA	N°	%
De tipo Verbal:		
Amenazas	29	15,9
Insultos	93	50,8
De tipo Física:		
Amenazas(gestos, grabaciones)	13	7,1
Empujones	12	6,6
Golpes a objetos	8	4,4
Agresiones físicas con golpes	5	2,7
Agresiones físicas con objetos	1	0,5
De tipo Sexual:		
Gestos o miradas insinuantes	8	4,4
Expresiones verbales o ruidos insinuantes	13	7,1
Acoso con tocaciones o forcejeo	1	0,5
Violación o intento de violación	0	0,0
TOTAL	183	100,0

Fuente: Elaboración propia

Las agresiones hacia los trabajadores sanitarios de ambos centros de salud se presentaron en distintos instantes del trabajo sanitario, sin un predominio evidente de que ocurran en un momento determinado. No obstante, en la espera y durante una atención programada, así como durante la atención administrativa y durante la atención cerrada, se observa una mayor incidencia de agresiones hacia los trabajadores.

El lugar donde se presentan mayor número de agresiones es el box de atención de los pacientes con un 33,9% seguido por las salas de espera con un 22% y por las salas de atención cerrada con un 15,6%. En contrapartida, los lugares externos al centro de salud presentan la menor incidencia del fenómeno estudiado. Con respecto al horario, las agresiones se concentran principalmente en el horario de la mañana y al medio día con un reporte del 33,9 y 36,7% respectivamente. Los principales motivos atribuibles a las agresiones de los usuarios son el tiempo de espera de la atención con un 24,8% y una condición atribuible al paciente, tal como drogadicción, embriaguez, salud mental o no acatar normas, con el 33,2% de las agresiones; de menor preponderancia aparece la mala información dada al usuario, la falta de horas de atención y la

discrepancias con la atención entregada, las cuales contribuyen con un 14,7%, 13,8% y 11,9% respectivamente de lo reportado. Frente a la ocurrencia de las agresiones, en el 65,1% de los casos, no hubo intervención de terceras personas para poner fin al incidente, mientras que en el 33,1% sí hubo intervención de otras personas (familiares, funcionarios o usuarios); en el 1,8% de las agresiones intervino la policía.

El 90,8% de las agresiones tuvo como protagonista a un solo usuario; en el 8,9% de los casos fueron dos usuarios que actuaron como agresores y sólo en el 0,9% participaron tres o más agresores. Ambos sexos tuvieron un protagonismo similar de participación, ya que los hombres protagonizaron el 45,9% de los incidentes, mientras que las mujeres fueron responsables del 50,5% de ellos; sólo el 3,7% de las agresiones fueron protagonizadas por personas de ambos sexos. En cuanto a la edad de los agresores, el 72,5% fueron adultos, el 11% adulto mayor, el 10% fueron jóvenes y el 7,3% niños. El 67,9% de los agresores cumplía un rol como paciente, un 29,4% era un familiar o acompañante y sólo el 2,8% de las agresiones fueron protagonizadas por pacientes junto a familiares o acompañantes.

De los funcionarios agredidos, el 31,2% sólo lo

comentó a otro funcionario, el 44% lo comentó verbalmente a su jefatura, mientras que sólo el 9,2% hizo notificación formal a sus superiores. No hubo ninguna denuncia formal ante la policía o en tribunales de justicia y el 15,6% de los funcionarios agredidos no comentó ni notificó ninguna instancia. Al preguntar por qué no denunciaron, el 50% consideró que no fue importante, el 29,4% considera que el registro es inútil, el 14,7% no sabía dónde comunicarlo, el 4,4% tuvo temor a posibles represalias y el 1,5% se sintió culpable.

De los 109 trabajadores agredidos, el 84,4% declaró que el incidente no pudo ser evitado ni prevenido por ellos, en tanto que el 15,6% declaró lo contrario. El 98,2% no sufrió ninguna lesión a consecuencia de la agresión y sólo 2 trabajadores (1,8%) soportó lesiones, aunque ninguno necesitó tratamiento. El 48,6% de los funcionarios agredidos creen que la violencia se ha mantenido igual que antes, el 25,7% cree que la violencia va en aumento, el 16,5% cree que ha ido disminuyendo y el 11% no sabe.

DISCUSIÓN

Participaron 155 trabajadores, de los cuales el 68,4% son mujeres el 31,6% son hombres; una proporción similar se observa en la investigación realizada por Paravic, Valenzuela y Burgos⁹ en la misma región de Chile y que tocan el tema de la violencia hacia el personal de la salud.

De los participantes, el 70,3% fue víctima de algún tipo de violencia durante su trabajo, lo que es congruente con lo declarado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos en los años 2002 y 2014, además de otros varios autores citados en el marco teórico^{10-15, 20-24} y especialmente coincidente con lo señalado por Paravic, Valenzuela y Burgos⁹. Las expresiones verbales o gestos, sin contacto físico entre el agresor y el trabajador, representan un 85,3% del total de las agresiones, algo similar a lo observado por un estudio de Uruguay²⁵, otro de Andalucía¹² y otro de Barcelona¹³.

La violencia percibida afectó a hombres y mujeres de forma similar, tal como lo observado por Mayorca et al. en 2013¹² y por Edward K-L. et al. en

2015²⁶, pero diferente a la observada por Cantera et al. en 2008²⁷, Rincón-del Toro et al. en 2012²⁸; Guassardi et al. en 2014²⁹ y otros¹³, quienes encontraron que las mujeres son mayormente afectadas por la violencia de pacientes y usuarios. La situación o estado civil de los trabajadores tampoco arroja diferencias significativas de la percepción de violencia, situación que se alinea con lo observado por Chagoyen⁸, pero que difiere de Galián³⁰, que el 2012 observó diferencias significativas en las agresiones percibidas según estado civil, edad, hospital, profesión, turno y antigüedad en el trabajo.

La agresión registrada en este estudio según estado profesional u oficios es similar a la observada en el trabajo de Mayorca et al. en 2013¹².

Los funcionarios que trabajan en sistema de turnos fueron más afectados que los que trabajan en jornada diurna, coincidente con lo publicado en 2013 por Pompeii et al.²³. Por otra parte, la mayor percepción de violencia entre los trabajadores que ocupan toda su jornada laboral o más de la mitad de ella en atención al público resulta lógico por estar más expuestos al riesgo. Las agresiones durante la espera o en horas de la mañana o alrededor del mediodía son similares a las descritas por Paravic, Valenzuela y Burgos⁹.

El 53,3% de las causas que motivaron las agresiones fueron el tiempo de espera (24,8%), la mala información dada a los usuarios (14,7%) y la falta de horas de atención (13,8%); sin embargo, la causa de mayor prevalencia, con un 33,2%, es un problema de salud mental del agresor: alcoholismo, drogadicción, desobediencia a las normas establecidas, etc., todas coincidentes con lo publicado por Mayorca et al.¹² y James et al.³¹. En el 65,1% de las agresiones no intervino ninguna tercera persona, en tanto que en el 30,1% intervino un guardia u otro funcionario.

En el 90,8% de los casos el agresor fue una sola persona y el 69,7% de los casos en su rol de paciente, en congruencia con lo encontrado por Paravic, Valenzuela y Burgos⁹ y lo informado por RRHH del servicio nacional de salud de España en 2014³², aunque Farías, Sánchez y Acevedo en 2012¹⁵ publicaron que el 80,1% de los agresores eran familiares o acompañantes.

En esta investigación el agresor correspondió a una persona adulta en un 72% y sin predominio de algún sexo en particular, situación diferente a la observada por otros autores que publicaron que el

perfil del agresor correspondía a un hombre de edad adulta, como lo informaron Mayorca, Lucena, Cortés y Lucerna¹², y Palacios et al. en 2003³³.

De las víctimas entrevistadas, el 44% se limitaron sólo a comentar verbalmente a su jefatura la agresión sufrida y el 31,2% sólo la comentó con otro funcionario, mientras que apenas el 9,2% de los funcionarios agredidos notificaron formalmente el acontecimiento, muy parecido al elevado porcentaje de agresiones no registradas hallados por otros autores^{12, 34 y 35}. Las principales razones de la baja notificación formal de las agresiones fueron la poca importancia que los trabajadores le dieron al incidente (50,0%) y el 29% considera inútil el registro, causas también descritas por¹². De los agredidos, sólo 2 sufrieron algún tipo de lesión, aunque ninguno requirió de tratamiento. El 15,6% manifestó que pudo haber evitado la agresión; por último, el 72,5% de los agredidos declaró que la violencia se mantiene igual o va en aumento.

CONCLUSIÓN

De esta población estudio, el 70,3% fue víctima de violencia de parte de los usuarios, sin que se observe una diferencia importante entre las variables socio-demográficas y laborales estudiadas. La violencia percibida por los trabajadores es mayoritariamente verbal (85,3%), ya sea en forma de amenazas, insultos o de connotación sexual. Los profesionales más afectados son los médicos, los odontólogos y las enfermeras(os), en proporciones muy similares; le siguen en una proporción algo menor, los guardias y el personal técnico en enfermería. Hubo más eventos de violencia durante la espera o en medio de una atención programada; sin embargo, durante la visita domiciliaria, atención cerrada y atención administrativa también se observó altos niveles de agresividad de los usuarios.

Los lugares donde ocurrieron más agresiones fueron las salas de espera y los box de atención de los profesionales. La mayor parte de las agresiones se presentaron durante la mañana y alrededor del mediodía, las principales causas son una condición de salud mental del usuario y el tiempo de espera. El perfil del agresor obedece a un usuario en su rol de paciente, sin distinción de sexo y de edad adulta. Apenas el 9,2% de las agresiones se notificaron a la jefatura; la mitad de los agredidos consideró el he-

cho como algo sin importancia y casi un 30% consideró el registro como inútil. Más del 90% de los trabajadores agredidos no pudo evitar el incidente y no sufrió lesión alguna; ninguno necesitó tratamiento a raíz de la agresión. El 72,5% de los funcionarios agredidos considera que en los últimos años la violencia se mantiene igual o va en aumento.

Los resultados obtenidos pueden servir a los directivos responsables para que el trabajador pueda estar constantemente capacitado en saber prevenir y enfrentar la violencia de parte de los usuarios. Por otra parte, sería beneficioso la elaboración de un protocolo para poner en práctica ante la ocurrencia de cualquier tipo de agresión, de manera que cualquier trabajador sepa qué hacer al sufrir algún tipo de violencia.

Una de las limitaciones de esta investigación fue la dificultad para el investigador el poder encuestar personalmente a cada participante, ya que los funcionarios de la salud siempre están ocupados con pacientes, en labores con otros funcionarios, en terreno o en procedimientos que les dificulta poder concentrarse 10 a 15 minutos en leer un consentimiento y responder un cuestionario de 28 preguntas relacionadas entre sí. Sin embargo, el hecho que haya sido el investigador el único que aplicó las encuestas a cada funcionario representa una ventaja a la hora de valorar lo fidedigno de las respuestas y en la confidencialidad de la información entregada.

Agradecimientos: Mis agradecimientos en primer lugar a Dios, porque sin él nada sería posible; a mi amada Heidi, por incentivar me entusiastamente a realizar este hermoso desafío y por su imborrable compañía de principio a fin; a mis hijos Felipe y Nicolás, por entender mi ausencia durante varios fines de semana; a mis hermanos, por su colaboración constante y sus expresiones de amor; a mi docente guía por sus correcciones y orientación y a todos los trabajadores que participaron, por entregar generosamente parte de su tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza E, Paris R. Delito y seguridad de los habitantes. México: Siglo veintiuno: Naciones Unidas; c1997. Un enfoque psicosocial de la violencia en Centroamérica; p. 277-278.
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington D.C.: OPS; 2002. 62 p.
3. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Pérez A, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones sanitarias; Análisis de un perfil cambiante. *Enf del Trab.* 2013; 3(2): 66-74.
4. Elliott P. Violence in health care. *Nurs Manage.* 1997; 28 (12): 38-42.
5. Scialpi D. La violencia en la gestión de personal de la Administración Pública, como condición necesaria para la corrupción. *Rev Probidad.* 2001; 14.
6. Paredes L, Paravic T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción, Chile. *Cienc. Enferm.* 2006; 12(1):39-51.
7. Iennaco J., Dixon J., Whittemore R., Bowers L. Measurement and Monitoring of Health Care Worker Aggression Exposure. *Online J Issues Nurs.* 2013; 18 (1): 3.
8. Chagoyen T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Med. segur. trab.* 2016; 16(242): 25-48.
9. Paravic T., Valenzuela S., Burgos M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Cienc. Enferm.* 2004; 10: 53-65.
10. Organización Médica Colegial de España, Libro Agresiones 2009, Pág. 15-16. https://www.cgcom.es/sites/default/.../Libro_agresiones_2009.pdf. Consultada el 8 de Marzo de 2016.
11. Miret C, Martínez A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales Sis San Navarra.* 2010; 33(1):193-201.
12. Mayorca I, Lucena S, Cortés M, Lucerna M. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?. *Rev. Med. Seg. Trab.* 2013; 59: 235-258.
13. Ortells N, Muñoz T, Paguina M, Morató I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm. Glob.* 2013; 30: 196-207.
14. Farías A, Sánchez J, Petiti Y, Alderete A, Acevedo G. Reconocimiento de la violencia laboral en el sector laboral en el sector de la salud. *Rev. Cub. Salud Trab.* 2012; 13 (3):7-15.
15. Farías A, Sánchez J, Acevedo G. La violencia ocupacional en centros de atención primaria de la salud. *Rev. Salud Púb.* 2012; 16 (1):18-26.
16. Letelier P, Valenzuela S. Violencia: Fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra hospitalario de enfermería. *Rev Cien y Enf.* 2002; 8(2):21-26.
17. Fornés J, Reinés J, Sureda C. Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería. *Rev Rol de enfermería.* 2004; 27(9): 9-16.
18. Organización Médica Colegial de España, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Registro nacional de agresiones a médicos. Documento de la OMC sobre agresiones médicas. España; 2010.
19. García M, Suárez M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Rev. Cub. Salud Pública.* 2013; 39(2) 253-267.
20. Orpinas P, De Los Ríos R. La violencia: del conocimiento a la prevención. *Rev. Pan. Salud Pública.* 1999; 5(4-5): 211-214.
21. Organización Mundial de la Salud; Consejo Internacional de Enfermeras; Organización Internacional del Trabajo; Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra: OIT; 2002.
22. Hahn S, Müller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *Int J Nurs Stud.* 2013; 50(3):374-85.
23. Pompeii L, Dement J, Schoenfisch A, Lavery A, Souder M, Smith C, Lipscomb H. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. *J. Saf. Res.* 2013; 44:57-64.
24. Ledesma R, Molina G, Valero P. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF.* 2002; 7(2): 143-152.
25. Stolovas N, Tomasina F, Pucci F, Frantchez V, Pintos M. Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Rev. Méd. Urug.* 2011; 27(1):21-29.
26. Edward K, Stephenson J, Ousey K, Lui S, Warelow P, Giandinoto JA. A systematic review and meta-analysis

- sis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs*. 2016;25(3-4):289-99.
27. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29: 49-58.
28. Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. *Rev Esp Salud Pública*. 2016; 90:e1-e12.
29. Guassardi D, Jerez Y, Rodas O. Violencia hacia el personal de salud en el ámbito laboral. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2014. 81 p.
30. Galián I. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2012; 86 (3): 279-291.
31. James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J*. 2006; 23: 431-434.
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Dirección General de Ordenación Profesional; Subdirección General de Recursos Humanos del SNS; Comisión de Recursos Humanos del SNS. Informe Grupo de Trabajo de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud de España. España: MSSSI; 2014. 177 p.
33. Palácios M, Loureiro dos Santos M, Barros do Val M, Medina M.I, de Abreu M, Soares Cardoso L, Bragança Pereira, B. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study-Brazil. Geneva: WHO; 2003.
34. Gates D, Ross C, Mc Queen L. Violence Against Emergency Department Workers. *The Jour of Emerg Med*. 2006; 31(3): 331-337.
35. Fernández M, Camacho M, Olmos C, Ruiz S, Sanjuán M. Análisis y registro de las agresiones en UCI. *Enferm Inten*. 2006; 17(2): 59-66.

PERCEPCIÓN DE PERSONAS DE ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL RESPECTO DEL ENFOQUE HACIA LA DIVERSIDAD SEXUAL UTILIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD VALDIVIA, CHILE

HOMOSEXUAL INDIVIDUALS' PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES' APPROACH TO SEXUAL DIVERSITY IN VALDIVIA, CHILE

RESUMEN

Introducción: La población diversa sexualmente ha sido poco considerada en su especificidad por el sistema de salud, el que omite sus requerimientos y demandas particulares. **Objetivo:** Describir las percepciones de usuarios/as homosexuales respecto a la atención brindada en el nivel primario de salud en la ciudad de Valdivia, en el sur de Chile, en su enfoque hacia la diversidad sexual. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo. La información se recolectó mediante entrevista semiestructurada, y procesada utilizando análisis de contenido. **Resultados:** Los temas específicos que afectan y preocupan a esta población son la prevención de infecciones de transmisión sexual y salud mental. A su vez, existe preocupación por la salud de mujeres lesbianas, asociado a la pesquisa tardía de cáncer cervicouterino y mamas debido a la inasistencia a controles ginecológicos y las dificultades de ejercer su derecho reproductivo. Emerge, por último, la preocupación por la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes a la diversidad sexual. **Discusión y conclusiones:** Hay preocupación por algunos temas específicos de salud que coinciden con la literatura. Se perfila claramente la necesidad de generar cambios en nuestro sistema público de salud, los cuales han de abordar su complejidad cultural e institucional a través de acciones que trasciende la mera capacitación del personal de salud. Estos cambios deben originarse desde las autoridades gubernamentales, adecuando transversalmente el modelo de salud familiar e implementando programas específicos de salud que aborden la diversidad sexual.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, Percepción de atención de salud, Homosexualidad, Diversidad sexual, Heteronormatividad.

ABSTRACT

Introduction: Sexually diverse individuals have been given little consideration in the health system, which does not address their particular needs and demands. **Objective:** To describe the perceptions of homosexual users with regard to the care provided by primary health services in the city of Valdivia, in southern Chile, and their approach to sexual diversity. **Methods:** qualitative, descriptive study. The information collected was through a semi-structured interview, and processed using content analysis. **Results:** The specific issues that affect and concern this population are the prevention of sexually transmitted infections and mental health. In turn, there is concern for the health of lesbian women, in terms of the late detection of cervical and breast cancer, due to their irregular attendance to gynecological appointments, and the difficulties they face in exercising their reproductive rights. Finally, the concern for the quality of life of older adults belonging to sexual diversity emerges. **Discussion and conclusions:** There is expressed concern for specific health issues that coincide with the literature. There is a clear need to generate changes in our public health system, which must address its cultural and institutional complexity through actions that go beyond the mere training of health personnel. These changes must be spearheaded by governmental authorities, who should transversally adapt these to the family health model and implement specific health programs that address sexual diversity.

Keywords: Primary health care, Perception of health care, Homosexuality, Sexual diversity, Heteronormativity.

María José Montecinos
Matrona, Magíster en Salud Pública. Instituto Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.
m.montecinosmundaca@gmail.com

Ana María Silva
Socióloga, Doctora en Filosofía y Letras. Escuela de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso, Chile

Artículo recibido el 12/07/2018.
Aceptado el 14/11/2018

INTRODUCCIÓN

Existen subgrupos poco considerados en su especificidad por el sistema de salud, como los son la población lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexuales (LGBTI), también llamada de la diversidad sexual, ya que no han sido estudiados sus requerimientos y demandas particulares en salud.

En Chile, las personas de 18 años o más que se identifican como gay o lesbianas, equivalen a un 1,04%, lo que comprende a 146.001 habitantes¹. Sin embargo, esta cifra probablemente esté subestimada, por el temor a la discriminación que genera el reconocimiento de la homosexualidad en nuestro país.

A nivel local no existen datos estadísticos respecto al número de personas que se identifican como homosexuales, sin embargo, de acuerdo al último censo validado en nuestro país (año 2002), Valdivia cuenta con 140.559 habitantes, con una proyección hasta el 2013 de 164.600 mil habitantes², infiriendo, a partir de este último dato, que la población local gay o lesbiana sería de aproximadamente 1712 personas.

Al hablar de problemas de salud identificados en esta población, la asociación automática es hacia las tasas elevadas de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que para el año 2015 llegó a 2.1 millones los nuevos casos a nivel mundial³. En Chile, la mayor alza se presentó el 2011 con una tasa de 9,6 por 100 mil habitantes, siendo la vía sexual la principal causa de transmisión, y dentro de ella, mayoritariamente las prácticas homo/bisexuales⁴. Pero también existen otros problemas de salud prevalentes en esta población, reconocidos a nivel mundial: depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso de alcohol, suicidio o ideas de suicidio por estrés crónico, aislamiento social y poca asistencia a los servicios de salud⁵. Y en el caso específico de las mujeres lesbianas, la muerte por cáncer de mama y cáncer cervicouterino es uno de los temas poco abordados⁶.

Considerando todo lo mencionado, y teniendo más o menos claro algunos de los problemas de salud reconocidos en la población que se identifica como homosexual, cabe señalar que en Chile no existen estudios que recolecten información respecto a las demandas y percepciones de la población homosexual respecto a la Atención Primaria de Sa-

lud (APS); ni a su nuevo modelo de salud familiar que incita a la atención integral de las personas⁷, el cual se caracteriza por su énfasis en la promoción y prevención de salud de todas las personas, reemplazando al antiguo modelo biomédico por uno biopsicosocial.

Por esta razón, se hace relevante poder investigar, a través de los testimonios de las propias personas homosexuales, cuáles son sus demandas y necesidades específicas que requieren cubrir en salud y con esa información poder proponer programas de salud pertinentes e inclusivos.

En consecuencia, el objetivo de este estudio fue describir las percepciones de usuarios/as homosexuales respecto a la atención brindada en el nivel primario de salud en la ciudad de Valdivia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo y descriptivo, el cual detalla los relatos obtenidos a través de una entrevista semiestructurada, la cual incluyó cuatro grandes temáticas: necesidades específicas en salud, experiencias en relación a la atención brindada en el nivel primario de salud, opiniones respecto a la atención en el nivel primario de salud desde una mirada hacia la diversidad sexual y las expectativas de una atención adecuada en salud con enfoque de diversidad sexual.

Los y las participantes fueron hombres y mujeres homosexuales, con experiencia de haber recibido atención directa o indirecta en APS de Valdivia durante su vida y que desee participar en la investigación, además de autorizar la grabación de la entrevista, previa lectura del consentimiento informado y firma de éste.

La primera selección fue de manera intencionada, dada la dificultad de acceso a esta población. Se realizó un acercamiento hacia la Agrupación por la Diversidad en Valdivia (VALDIVERSA), solicitando su colaboración, obteniendo cuatro participantes. A través de éstos, se inició el contacto con sus grupos de amistades o círculo de conocidos/as, aplicándose, en esta segunda instancia, la técnica de muestreo bola de nieve, que concluye con la participación de 12 personas (seis hombres y seis mujeres), logrando la saturación de la información. De ellos, cinco fueron activistas de VALDIVERSA, y siete no activistas.

La técnica de recolección de datos fue por una en-

trevista semiestructurada individual, para lo cual se utilizó un guión de preguntas diseñadas por las investigadoras a partir de la literatura revisada y el objetivo de la investigación. Se realizó validación del instrumento por medio de dos pruebas piloto con personas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, realizando las modificaciones sugeridas.

Las entrevistas fueron realizadas en lugar, fecha y hora acordada entre la investigadora principal y participantes, ejecutando la transcripción de las grabaciones de manera literal, a más tardar una semana después de cada entrevista para mantener la estricta veracidad de los datos. Estos fueron procesados a través de análisis de contenido, las entrevistas fueron vertidas en una matriz Microsoft Excel, agrupando las respuestas en torno a categorías de análisis pre establecidas y no preestablecidas que emergieron de las entrevistas. Finalmente, se analizó el conjunto de respuestas con códigos coincidentes o relacionados.

El resguardo del rigor necesario de ésta investigación se realizó considerando los siguientes aspectos: validación del instrumento, aplicación de un mismo instrumento al conjunto de participantes, búsqueda de la saturación de datos en el contexto de los plazos del estudio, y la transcripción literal de las entrevistas asegurando confiabilidad. Se logró realizar devolución de la codificación a 8 de los/as participantes para la verificación de la información entregada, quienes coincidieron con lo interpretado por la investigadora. La codificación realizada por la investigadora, tuvo a la vez una revisión por parte de una segunda profesional investigadora, en este caso, coautora. Se mantuvo en todo momento la confidencialidad de los datos personales de quienes accedieron a participar en esta investigación. Además de la aprobación por parte Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED) de la Universidad de Valparaíso.

RESULTADOS

El grupo de 12 entrevistados/as está distribuido en igual proporción entre sexo femenino y masculino. Coincidentemente, la mayoría está en etapa de adultez temprana (entre 21 a 36 años) y una en adultez media (41 años). En cuanto a la ocupación, cuatro de los participantes tienen relación directa con el área de la salud (tres salud y uno farmacia). Es pre-

ciso mencionar que las mayores dificultades para el acceso a los/as participantes, se encontró en el grupo de mujeres, ya que socialmente mantienen su orientación sexual en el anonimato. Se llegó a ellas a través de contactos de los primeros participantes, quienes informaron de este trabajo y solicitaron su posible participación.

Durante el desarrollo de la investigación se evidencia una alta demanda de temas específicos que afectan a la población diversa sexualmente, como la salud sexual y reproductiva, siendo reiterativo durante las entrevistas la necesidad en la prevención de infecciones de trasmisión sexual, con enfoque hacia la diversidad sexual, como lo menciona Salvador:

“El VIH es preponderantemente, o se encuentra preponderantemente en personas de orientación homosexual o que han tenido sexo con hombres, y eso no puede ser una urgencia desatendida (Salvador, P74).”

Y no sólo en el caso de los hombres, en el caso de las mujeres la preocupación está dada por la invisibilización, que finalmente genera desconocimiento de los profesionales y las mujeres respecto a la salud sexual y reproductiva en la población lesbiana, por ejemplo:

“Yo creo que, con respecto a las enfermedades de trasmisión sexual, sí, y es una necesidad súper grande que yo creo que está de lado (Carol, P25).”

“El riesgo de cáncer de mama también la literatura dice que es alto en mujeres lesbianas por esta nuliparidad (Simone, P20).”

Se reclama a la vez, la escasa oportunidad de acceso hacia la maternidad biológica en este grupo de mujeres, siendo la limitante principal la barrera económica, por no existir esta opción en el sistema público para ellas. A continuación, se exponen algunas frases donde se evidencian estas demandas:

“... que el servicio público te ayude, por ejemplo, a nosotras a la mujeres lesbianas en el tema de la fertilidad, de poder tener hijos a través de ese sistema que no sea sólo privado (Maca, P17).”

“Tampoco existe una política para la fertilización de mujeres lesbiana, para la posibilidad de tener

tratamientos de inseminación artificial, por ejemplo, no los hay” (Simone, P16).“

“La inseminación, es un punto clave, porque nosotros no podemos engendrar hijos, eso está más que claro, pero si hay posibilidades, y es una oportunidad muy carísima (Andrea, P22).“

“Entonces hay una barrera económica para poder, en el fondo, formar familia que es un derecho humano universal (Diego, P19).“

En base a las dificultades con el reconocimiento de la orientación sexual, que ocurre principalmente en la adolescencia, es que se mencionó frecuentemente la necesidad de considerar la salud mental de la población adolescente y el trabajo con ella. Y que idealmente, esto sea tratado en conjunto con el sistema educacional, donde los y las adolescentes se encuentran como población cautiva, reforzando a su vez las medidas de prevención del bullying:

“Se me había olvidado hablar también durante toda la entrevista sobre la parte psicológica, también es súper necesario, creo yo (Diego, P49).“

“Para la población homosexual se me ocurren las siguientes que te mencionaba; niño y adolescente ¿Por qué no mezclar la salud con la educación en ese nivel? tratar en colegio los temas de diversidad, desde el CESFAM, por los casos de bullying (René, P67).“

“La diversidad sexual la gente no la descubre cuando es mayor de edad, la descubre antes, entonces necesariamente hay muchos jóvenes que están desprotegidos (Diego, P38).“

Los entrevistados/as también mencionan sus expectativas de cómo mejorar el actual sistema de APS, sobre todo, en cuanto a los prejuicios y la discriminación, que se evidencia a través de las actitudes de los profesionales, tanto en el lenguaje verbal y principalmente no verbal.

“Se asume yo creo de manera rotunda la heterosexualidad, porque te empiezan a preguntar inmediatamente eso, antes de decir ¿Qué orientación tiene usted?“ (Fabiola, P34).“

“El sólo hecho de ¡No la acompañó su pololo!

¡No la acompañó ni su marido!... Entonces te vas dando cuenta de que no puedes seguir conversando con esa persona cosas tan personales tuyas. (Charlotte, P20).“

“Un silencio en los profesionales que denota un poco de miedo, también de falta de preparación, falta de herramientas digamos habilidades blandas” (Pedro, P14)

También deben mejorarse los programas de salud, donde se proponen prestaciones y campañas, con enfoque hacia la diversidad sexual, evitando la discriminación o negación a través de la invisibilización de esta población en los afiches promocionales, material educativo y en la entrevista en la consulta.

“Cuando tú ves la guía del Chile Crece Contigo y esta familia hermosa, que se acompañan en el parto y tú ves que siempre es un hombre el que está con la mujer. Entonces te da entender que tú no eres parte de eso, tú no entras en ese esquema... (Simone, P26).“

“Cuando ya no consideramos que hay todo un conjunto de posibles manifestaciones de la sexualidad, es bastante violento, es contribuir a la discriminación” (Salvador, P41).“

Otro tema de preocupación persistente es el resguardo de la confidencialidad de los y las pacientes, la cual sienten vulnerada en no pocas ocasiones.

“Hay gente que tiene miedo a los prejuicios –un profesional, de repente no tiene mucha ética y le puede contar a otra persona–, entonces van con ese susto (Carol, P12).“

“Tú vas a buscar cualquier examen, ojo cualquier cosa que tenga relación con tu vida privada y los funcionarios lo gritan, ¡Oye y donde está éste! O casi ¡Como salió (examen)! (Rodrigo, P6).“

“Siento que no está capacitada para atender las necesidades específicas, más aún de mujeres, porque sienten que no hay riesgos entre ellas: ¡Ah para qué te vas hacer el PAP te va decir si tú no tienes relaciones con hombres! (Simone, P6).“

Y por último, se menciona también la poca incorporación del enfoque de la diversidad sexual en

el nuevo modelo de salud familiar. Esto obedecería, según las entrevistas, a la poca aceptación social en nuestro país de las familias diversas, emergiendo en este punto la afectación o poca inclusión de poblaciones de riesgo etario, como son los/as adultos/as mayores.

“Lo que pasa es que evidentemente no nos aceptan a nosotros como familia, tenemos un país en que nosotros no existimos como familia. Recién está el acuerdo de unión civil que está reconociendo de a poco a nuestras garantías cuando lo firmamos. (Fabiola, P40).”

“Siento que hay muchos homosexuales y lesbianas adultas mayores; que cuando van a sus controles de adulto mayor y le preguntan por ejemplo si tienen familia, con quién viven, ellas dicen con una amiga porque no pueden decir con su pareja... Entonces tampoco hay un enfoque para la geriatría en el mundo homosexual, porque generalmente esas personas llegan a viejo y sin hijos, porque los sistemas antes no le permitieron, algunas personas que querían no le permitieron tener. Por lo tanto, llegan y con una jubilación pobre y no tiene ayuda de hijos. Entonces más pobres son, entonces estas personas sí o sí llegan al sistema público, y hasta los últimos días no son tratadas como una familia, como debe ser (Simone, P28).”

DISCUSIÓN

Tal como ha sido evidenciado en otros estudios, los hombres tienen menos dificultad en el reconocimiento de su orientación sexual, lo que coincide con esta investigación, donde la totalidad de ellos se reconocen homosexual a nivel público. A diferencia de las mujeres, donde tan sólo una de las participantes lo reconoce públicamente, pero sólo en determinados contextos. Situación que obedecería a este actual sistema social –el llamado sistema patriarcal– donde aún existe un predominio de la autoridad a favor de los hombres, que afecta también a mujeres lesbianas. Como lo planteó una de las entrevistadas, que mencionó que independiente de la orientación sexual, se asume la inferioridad como algo inherente a ser mujer, que no permite que exprese su sexualidad de manera libre y abierta, a diferencia de la mayoría los hombres, indepen-

diente de su orientación sexual⁸.

Ahora bien, en el área de la salud, como se menciona en los relatos, es importante hablar de práctica sexual (y no de orientación sexual), sobre todo asociado al riesgo de contagio de ITS y VIH, ya que la orientación sexual no define la conducta sexual o la debida protección con la que se realice la actividad sexual. Por esta razón, es que se incorpora a nivel internacional los términos ‘hombres que tienen sexo con hombres’ (HSH) y ‘mujeres que tienen sexo con mujeres’ (MSM)⁹, permitiendo que la atención en salud y la promoción de ésta, se centre en la conducta sexual segura, y no exclusivamente en la orientación sexual de las personas.

Otro aspecto a considerar, respecto específicamente a la errónea relación de orientación sexual y riesgo en la salud sexual, es la despreocupación del sistema sanitario por las mujeres lesbianas, incentivado por los mitos respecto al nulo contagio de ITS o VIH entre ellas, el cual fue otro de los puntos mencionados durante la investigación. Mitos que pueden ser refutados ya que sí existe contagio de ITS entre mujeres, y además estudios demuestran que hasta un 80% de mujeres que se identifican como lesbianas, en algún momento de su vida mantuvieron relaciones sexuales con hombres¹⁰, pudiendo también contraer en ese momento alguna ITS o VIH. Se subestima así el riesgo de contagio y se obstaculiza el acceso al sistema de salud, por esta falsa sensación de protección al identificarse como lesbianas. Lo que a su vez, impide la completa cobertura de los programas de pesquisa temprana tanto de cáncer cervicouterino y de mamas en estas mujeres, evidenciando la disparidad existente frente a estas problemáticas de salud entre mujeres lesbianas y heterosexuales, como lo describe Buchmueller y Carpenter¹¹. Disparidad además presente a la hora de ejercer el derecho reproductivo, ya que en Chile, si bien existe un programa para el estudio y tratamiento de la infertilidad, éste es totalmente dirigido a la infertilidad en parejas heterosexuales¹².

Las afecciones de la salud mental fue otra situación manifestada durante las entrevistas, la cual estaría presente sobre todo en la adolescencia, por el reconocimiento de la sexualidad que ocurre generalmente en esta etapa. The American Academy of Pediatrics recomienda que los profesionales de la salud hablen sobre sexualidad, incluyendo temas de orientación sexual, sin prejuicios con los y las

adolescentes, incluyendo a la familia, de manera cautelosa y pertinente¹³. Esta actividad pudiera estar favorecida por el modelo de salud familiar y comunitario, presente en la APS de nuestro país, que se caracteriza por la entrega de una atención que considere a las personas en su integralidad física, mental y como seres sociales que responden a un contexto familiar y comunitario.

Sin embargo, los y las entrevistadas perciben este modelo como excluyente, no solo para la población homosexual sino que para la población LGTBI en general, ya que no son considerados como familia por la sociedad. Porque si bien en nuestro país existe actualmente la Ley Acuerdo de Unión Civil¹⁴, el reconocimiento socio-cultural es un trabajo a largo plazo, más aun para que sea incorporado dentro de las políticas de salud. Ejemplo de ello es la documentación que rige este modelo de salud familiar, que es indiscutiblemente heteronormativo⁷, contribuyendo a la exclusión de la población no heterosexual.

Esta situación de heteronormatividad, se refleja también al suponer que el usuario o usuaria que tiene al frente mantiene una relación con alguien del sexo opuesto, siendo invisible para los prestadores de salud otras manifestaciones de la sexualidad. Este hecho los y las entrevistados/as lo indican como una falta de capacitación del personal de salud. Situación coincidente con un estudio que plantea que la falta de capacitación y conocimiento de los proveedores de salud en relación a esta temática, dificulta la atención¹⁵. Otros autores incluso sostienen que la razón para no revelar la orientación sexual dentro de una atención de salud –aspecto que no varía de lo planteado por los y las participantes de esta investigación– incluye el desconocimiento del personal en relación a la temáticas de la diversidad sexual, la homofobia del personal de salud, y la poca confianza respecto a la confidencialidad de los datos¹⁶⁻¹⁹. Esta situación potencia nuevamente la exclusión de esta población en salud, y aún peor, la autoexclusión, cuando ésta está asociada a la población homosexual adulta mayor. Esta población es enfática en manifestar que dentro del programa de salud del adulto/a mayor, debe incluirse el abordaje de la orientación sexual, ya que las personas homosexuales habitualmente están solos en esa etapa, debido a que en ocasiones no cuentan con hijos/as porque que el sistema no se los permitió. Y en caso de te-

ner pareja, ésta es invisibilizada, presentada como relación de amistad, no siendo considerada como una red de apoyo primaria dentro de la atención en salud.

Esta invisibilización de la diversidad sexual en la atención de salud, obedece también, a que no existen políticas de salud destinadas a la diversidad sexual, excluyendo implícitamente a esta población. Si se considera que en el Artículo 2º de la Ley chilena antidiscriminación contempla como discriminación arbitraria “Toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución”²⁰, esta exclusión incluso se puede suponer como discriminación. La constitución chilena que debe entregar un “libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” por parte del Estado, lo cual es inherente al ser humano, sin distinción²¹.

CONCLUSIÓN

Es necesario mencionar que nuestro país vive un proceso de reconocimiento de la diversidad sexual, principalmente en lo jurídico, a través de la Ley antidiscriminación²⁰ y la Ley de acuerdo de unión civil¹⁴. Reconocimiento mucho más lento a nivel social, razón por la cual existió dificultad en el acceso a la población estudiada en ésta investigación, transformándose en una limitación para la recolección de datos, haciendo que este acceso sea factible, en primera instancia, a través del único grupo formal y organizado de activismo por la diversidad sexual en la ciudad de Valdivia. Y luego de ello, se llega a los/as demás participantes que no pertenecen al activismo formal, pero con una red social coincidente, lo que puede llevar de alguna forma a un eventual sesgo, por ser una muestra homogénea, tanto en edad, nivel educacional y nivel de conciencia respecto a los problemas planteados.

Sin embargo, la información entregada es valiosa para esta investigación, sobre todo la percepción de ser poco representados/as como población de la diversidad sexual en el ámbito de la salud, enfatizando en el área de la salud sexual y reproductiva, donde su incorporación ha sido superficial y enfo-

cada principalmente a la prevención de transmisión de VIH/SIDA, olvidando temas importantes como la reproducción, el placer, la protección también hacia otras patologías, y la poca preocupación hacia la salud de mujeres lesbianas. Emergiendo a su vez la preocupación por la población adulta mayor que se identifica dentro de la diversidad sexual y que eventualmente podría estar aún más invisibilizada, con todos los riesgos asociados a esto, ya sea en su salud mental o aislamiento, sumado a los problemas de salud propios de su grupo etario.

Además de la capacitación del personal sanitario sobre salud y diversidad sexual, también es importante la creación de programas de salud específicos para la atención de la población no heterosexual. Nuestro país no puede quedar atrás en estos cambios, y podría tomar como ejemplo a otros países de Latinoamérica, como Uruguay con un capítulo exclusivo para el trabajo con la diversidad sexual dentro de sus guías en salud sexual y reproductiva²². Argentina cuenta igualmente con guías para los equipos de salud en cuanto al trabajo con personas transexuales²³, tema que también está pendiente en nuestro país. O como Brasil, a través de su programa Brasil sin homofobia²⁴. Todos estos cambios, sin lugar a duda, van en favor de la calidad en salud y de vida de las personas, ya que la salud es derecho universal e ineludible para todas/as, sin distinción alguna, lo que incluye claramente a la diversidad sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Diversidad sexual [en línea]. Santiago, Chile: MDS; 2015 [consultado el 15.03.2018]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_Diversidad_Sexual_18102016.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población y Vivienda [en línea]. Chile: INE; 2002 [consultado el 15.03.2018]. Disponible en: http://www.inelosrios.cl/contenido.aspx?id_contenido=13
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Estadísticas básicas VIH/SIDA [Internet]. Departamento de Salud y Servicios Humanos. 2016. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>
- Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012. Rev Chil Infectol [en línea]. 2015 [consultado el 15.03.2018]; 32(Suppl 1): 17-43. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000100003>.
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Avances y desafíos de la situación de las personas LGBT a 15 años de que la homosexualidad dejó de ser considerada una enfermedad [en línea]. Washington, DC: 2015 [consultado el 19.03.2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10964%3A2015-lgbt-health-sees-progress-and-challenges&Itemid=1926&lang=es
- Chile. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Cáncer. Santiago: MISAL; 2016.
- Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, dirigido a equipos de salud [en línea]. Santiago: 2013 [consultado el 19.03.2018]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Facio A, Fries L. Feminismo, género y patriarcado. Acad Rev sobre enseñanza del Derecho [en línea]. 2005; 3(6):259–94. Disponible en: http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf
- Evans M, Cloete A, Zungu N, Simbayi L. HIV Risk Among Men Who Have Sex With Men, Women Who Have Sex With Women, Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations in South Africa: A Mini-Review. Open AIDS J [en línea]. 2016 [consultado el 19.03.2018];(10):49–64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4893624/pdf/TOAIDJ-10-49.pdf>
- Sancho R, Savoie C, García A, Álvarez C, Montero E, Portero I, et al. Informe sobre salud sexual, vih y otras its en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) [en línea]. Madrid: FELGTB; 2012 [consultado el 19.03.2018]. Disponible en: <http://www.felgtb.org/rs/1057/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/90c/filename/2012-felgtb-salud-sexual-vih-y-otras-its-en-msm.pdf>
- Buchmueller T, Carpenter C. Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 2000–2007. Am J Public Health [en línea]. 2010 [consultado el 21.03.2018];100:489–495. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20075319>

12. Chile. Ministerio de Salud. Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad [en línea]. Chile: MINSAL; 2015 [consultado el 21.03.2018]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD_2015 FF\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD_2015 FF(1).pdf)
13. Frankowski B. Sexual Orientation and Adolescents. *Am Acad Pediatr* [en línea]. 2004 [consultado el 25.03.2018];113(6):1827–32. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/113/6/1827.full.pdf>
14. Chile. Ministerio secretaria general de gobierno. Ley 20830: Crea el Acuerdo de Unión Civil [en línea]. Chile: MSGG; 2015 [consultado el 25.03.2018]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1075210>
15. Meckler G, Elliott M, Kanouse D. Nondisclosure of Sexual Orientation to a Physician Among a Sample of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* [en línea]. 2006 [consultado el 25.03.2018];16(12):1248–54. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/205827>
16. Cochran S, Mays V. Disclosure of Sexual Preference to Physicians by Black Lesbian and Bisexual Women. *West J Med* [en línea]. 1988 [consultado el 25.03.2018];149(5):616–9. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1026562&blobtype=pdf>
17. Perrin E. *Sexual Orientation in Child and Adolescent Health Care*. New York: Spring; 2002.
18. Dean L, Meyer I, Robinson K, Sell R, Sember R, Silenzio V, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc* [en línea]. 2000 [consultado el 29.03.2018];4(3):101–51. Disponible en: <http://www.felgtb.org/rs/334/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/91f/file-name/2000-dean-l-lgbt-health-findings-and-concerns.pdf>
19. Diamant A, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med* [en línea]. 2000 [consultado el 29.03.2018];9(10):1043–51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11115206>
20. Chile. Ministerio secretaria general de gobierno. Ley 20609: Establece medidas contra la discriminación [en línea]. Chile: MSGG; 2012 [consultado el 29.03.2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092&idVersion=2012-07-24>
21. Chile. Constitución Política de la República de Chile [en línea]. Chile; 1980. Disponible en: http://www.gob.cl/wp-content/uploads/2014/03/constitucion_politica_2009.pdf
22. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Diversidad Sexual [en línea]. Uruguay: Dirección General de la Salud Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género; 2009. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/SSYSR - Diversidad Sexual.pdf
23. Argentina. Ministerio de Salud. Atención de la salud integral de personas trans: Guía para equipos de salud [en línea]. Argentina: MSAL; 2015 [consultado el 02.04.2018]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud integral-personas-trans.pdf>
24. Brasil. Ministerio de Salud. Brasil Sin Homofobia: Programa de Combate a la Violencia y la Discriminación contra GLTB y de Promoción de la Ciudadanía Homosexual [en línea]. Brasil: MS; 2004 [consultado el 02.04.2018]; Disponible en: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_brasil_sin_homofobia.pdf

RELIGIÓN, VUDÚ Y SALUD MENTAL: NUEVOS DESAFÍOS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD EN CHILE^a

RELIGION, VODOO, AND MENTAL HEALTH: NEW CHALLENGES FOR HEALTH SERVICES IN CHILE.

INTRODUCCIÓN

El arribo de población haitiana a territorio chileno ha traído consigo una serie de desafíos para los servicios de salud del país. Dichos desafíos no se reducen estrictamente a superar las diferencias idiomáticas sino también a integrar, tanto en el diseño de políticas de salud como en la práctica clínica, las denominadas “diferencias culturales”. En este contexto, el vudú haitiano ha comenzado a ocupar un lugar central en el trabajo cotidiano de los(as) agentes de salud. Si bien el vudú generalmente evoca un lugar de exotismo asociado a la brujería, éste también puede ser concebido como un sistema de creencias y prácticas que previene y trata problemas de salud, a partir de un cuerpo de conocimientos e intervenciones congruentes que interactúan con otros sistemas de salud occidentales, configurando procesos de salud y enfermedad específicos^{1,2}. En tal sentido, las representaciones relativas a las causas y a la experiencia de enfermedad, a las modalidades de intervención y cura, a la clasificación de enfermedades y, por último, a la muerte, tienden a diferir de las representaciones biomédicas de salud y enfermedad imperantes en países occidentales³.

Los(as) agentes de salud han enfrentado desafíos específicos ante la emergencia de representaciones vuduistas asociadas a la salud y enfermedad mental. Al comenzar a tratar padecimientos psíquicos cuya configuración se ancla en una visión cosmocéntrica de la realidad^{4,5}, los(as) agentes se han visto obligados a interrogar sus propios marcos conceptuales, emanados principalmente desde disciplinas como la psicología, la psiquiatría y la neurología. Adicionalmente, los(as) agentes se han encontrado con pacientes escasamente familiarizados con conocimientos y prácticas provenientes de dichas disciplinas, viendo frustrados frecuentemente sus intentos por establecer un lenguaje común en torno al malestar y el sufrimiento expresado por la población haitiana. De hecho, según un informe publicado el 2003 por la Organización Panamericana de la Salud⁶, Haití contaba en ese entonces con sólo 10 psiquiatras y 9 enfermeros(as) psiquiátricos(as) en su sistema de salud, revelando tanto una escasez de recursos⁷ como una cierta lejanía respecto a las prácticas biomédicas y psicológicas/psiquiátricas preponderantes en otros países de la región. A juicio de algunos investigadores⁸, tal escasez de recursos sería, precisamente, una de las condiciones que permiten al vudú ser un sistema de salud validado por parte de la población haitiana.

El objetivo del presente escrito es hacer una revisión de las principales investigaciones que han dado cuenta de la centralidad del vudú en las representaciones de salud y enfermedad mental presentes en parte del pueblo haitiano, con el fin de re-

a. El presente trabajo se enmarca dentro del proyecto doctoral “Discursos y prácticas de migración y salud mental: una aproximación etnográfica a la subjetividad de jóvenes afrodescendientes en Chile”, financiado por BecasChile-CONICYT. El autor agradece al Dr. Emmanuel Mompoin por su colaboración en la clarificación de aspectos etnolingüísticos propios de la temática.

levar su importancia para la salud pública del Chile actual. En un primer momento, describiré al vudú dentro del marco religioso de Haití, así como también su relación con las representaciones de salud y enfermedad mental. Posteriormente, daré cuenta, brevemente, de las formas que tienden a asumir dos cuadros psiquiátricos en población haitiana, dada la importancia que revisten en términos de las políticas de salud en Chile, a saber: psicosis y depresión. Por último, a modo de comentarios finales, destacaré literatura internacional que concibe al vudú como un sistema dinámico que no necesariamente se constituye en un obstáculo para la búsqueda de ayuda psicológica/psiquiátrica o para la efectividad de las intervenciones.

Religión, vudú y salud/enfermedad mental

La religión es un aspecto central de la vida social en Haití⁹. El catolicismo, el protestantismo, y el vudú predominan en el país, interactuando entre sí a nivel de sus prácticas y símbolos¹⁰. Dado que el vudú haitiano es un culto que combina tradiciones del África occidental y el catolicismo, la población haitiana católica tiende a ser más receptiva al vudú que la población haitiana protestante¹¹. Antes de ser declarada como una religión afro-americana, el vudú era concebido como un conjunto de supersticiones y prácticas catalogadas como “escandalosas”. Sin embargo, a partir del trabajo etnográfico de Jean Price-Mars en la década del '20, el mundo académico dejó de lado la connotación “diabólica” del vudú para posicionarlo como una pieza central que da cuenta tanto de los orígenes como de la cotidianidad del pueblo haitiano¹². Más aún, durante los '60, algunos investigadores comenzaron a catalogar al vudú no sólo como una religión sino que también como un sistema de salud^{3,11}.

El vudú, desde una visión cosmocéntrica de la realidad, sitúa al sujeto dentro de un universo compuesto por ancestros, espíritus, y el mundo natural (“Iwa”)³. Coherentemente, tanto las concepciones de “persona”, “salud”, “enfermedad”, así como la clasificación de éstas, están compuestas por categorías naturales y supernaturales^{13,14}. Según la Organización Mundial de la Salud², parte de la población haitiana concibe a la “persona” a partir de cuatro di-

mensiones: “cuerpo sin vida” (“Kò kadav”)^c, “sombra” (“Lonbraj”), “ángel bueno”, (“Gwo bon-anj”), y “angelito bueno” (“Nam/ti bon-anj”). De este modo, la “salud” se encuentra relacionada estrechamente con componentes: (a) no-humanos (plantas, animales, tierra, aire, etc.), (b) humanos (familia nuclear y extensa, redes sociales y colectividades), y (c) espirituales (ancestros, dioses, etc.). Mientras que, por su parte, la “enfermedad” se concibe como la pérdida de armonía entre: (a) los componentes pertenecientes a la persona, o entre (b) la persona y algunos de los componentes no-humanos, ancestrales y/o espirituales.

Por su parte, la clasificación de enfermedades difiere de una visión antropocéntrica ya que contempla enfermedades dentro del: (a) dominio de lo visible o enfermedades físicas (“Maladi Bondyè”), (b) dominio de lo invisible, secreto o mágico (“Maladi fe-moun mal” or “maladi diab”), y (c) dominio espiritual invisible (“Maladi Iwa”)^{2,3}. Comúnmente, las enfermedades alojadas dentro del dominio de lo visible son tratadas por la biomedicina o curanderos tradicionales (“doktèfèy”), mientras que aquellas pertenecientes al dominio de lo invisible y espiritual son tratadas por un mago/brujo practicante del vudú (“bòkò”), un sacerdote (“oungan”) o una sacerdotisa (“manbo”) vuduista^{2,3}. No obstante, la validación social de estos(as) agentes de salud puede variar en función del nivel de estigma que la comunidad asocie al vudú y a las enfermedades mentales¹⁵. Del mismo modo, la experiencia subjetiva de enfermedad, la búsqueda de ayuda, así como los agentes de salud involucrados varían según el grado de adherencia del paciente al vudú y/o la adscripción a otra religión^{1,16}.

El padecimiento psíquico, desde un punto de vista etiológico, puede encontrar su origen tanto en aspectos de la vida personal, familiar y social, así como también en aspectos espirituales. Respecto a estos últimos, las causas de la enfermedad podrían responder, en un primer nivel, a un desequilibrio con el mundo espiritual de los antepasados, mientras que, en segundo nivel, a posesiones espirituales o maldiciones recibidas³. Diversas investigaciones han dado cuenta de esto a partir de distintos cuadros psicóticos² y depresivos², así como también a

c. En la investigación original de la OMS², los autores traducen “Kò kadav” al inglés como “body”. Sin embargo, “Kò kadav” haría referencia a un “cuerpo sin vida”, mientras que “Kò ak vi” o “moun vivan” darían cuenta de un “cuerpo vivo” en terminología médica

partir de trastornos asociados a los efectos traumáticos provocados tanto por la violencia en espacios públicos¹⁷ como por el terremoto que afectó al país el año 2010^{18,19}. Del mismo modo, algunos estudios se han focalizado en cuadros disociativos o de “trance”²⁰, mientras que otros en los denominados síndromes culturales existentes en Haití, tales como el “Sezisman”²¹, “Endispozisyon”²² o el “Pèdisyon”²³.

En el marco de este breve escrito abordaré, como mencioné anteriormente, dos cuadros psicopatológicos: psicosis y depresión.

Psicosis

Una vez que la persona ha presentado repetidos episodios psicóticos y su funcionamiento general se ha visto alterado, el entorno social tiende a concebirlo como una persona que padece de una “enfermedad mental” (“maladi moun fou”), etiquetándolo de “loco” (“fou”). A causa del estigma asociado, el entorno posiblemente no vuelva a confiar en su juicio o capacidades cognitivas, incluso después de largos periodos de remisión¹⁵. A nivel sintomático, los pensamientos y afectos usualmente son atribuidos a posesiones de espíritus o a maldiciones. Por tanto, es necesario, en términos clínicos, indagar no sólo en la forma de las manifestaciones sino que también en sus contenidos². El bajo número de casos que acceden a atención médica/psiquiátrica en Haití, y que son diagnosticados con la categoría de esquizofrenia, son tratados generalmente con anti psicóticos con el objetivo de eliminar las alucinaciones y los delirios. Por lo tanto, dada la centralidad del vudú en la vida haitiana, en estos casos es de especial relevancia diferenciar entre prácticas vudú que involucran posesión de espíritus –como podría ser el caso de un “trance”–, y los problemas de salud mental que un paciente pueda padecer²⁴.

Depresión

La población haitiana cuenta con dos palabras para hacer referencia a una afección del ánimo. Por un lado, por “depresión” (“dépression”) se comprende un estado de desaliento o astenia. Por otro, por “depresión mental” (“dépression mentale”) se concibe a los síntomas que componen a la categoría difundida por la psicología y psiquiatría occidental. Por lo general, este cuadro se manifiesta somáticamente con dolores de cabeza, espalda, y

dolor corporal inespecífico²⁵, así como también con síntomas como insomnio, falta de apetitivo, y sensación de vacío². Desde un punto de vista etiológico, la “dépression mentale” respondería a preocupaciones excesivas de la vida cotidiana o al efecto de una maldición. Del mismo modo, la religión juega un papel relevante en casos que presentan ideaciones y/o intentos de suicidio. Comúnmente, a diferencia de las personas que profesan el catolicismo, quienes poseen creencias vuduistas suelen tener actitudes más favorables hacia el suicidio, ya que tienden a desplazar la culpa y el estigma hacia otras instancias (por ej. una maldición, una “fuerza mística” (“fòs mystik”), entre otras)²⁶. En relación a la búsqueda de ayuda de psicológica, la familia extensa brinda apoyo psicológico a quienes se ven afectados por este cuadro, por lo que inusualmente son tratados por profesionales de la salud^{16,25}.

Comentarios finales

El vudú no necesariamente se constituye en un obstáculo para la búsqueda de ayuda psicológica/psiquiátrica o para la efectividad de las intervenciones^{2,3,15}. Más allá de cualquier tipo de culturalismo tendiente a reducir problemáticas sanitarias del pueblo haitiano al vudú, los estudios han recalcado que la escasez de recursos y/o la falta de capacitación entre los agentes de salud podrían ejercer una mayor influencia en las trayectorias de salud de la población haitiana. De esta forma, se vuelven prioritarias estrategias como la capacitación de agentes en salud mental así como también la formación de mediadores interculturales. Ambas estrategias han sido ampliamente validadas en diversos contextos²⁷. Del mismo modo, se torna necesario promover estudios locales que anuden problemáticas como religión, espiritualidad y salud (mental), tal como diversas investigaciones internacionales han desarrollado a partir de los fenómenos migratorios contemporáneos^{28,29}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Vonarx N. Vodou, illness and models in Haiti: From local meanings to broader relations of domination. *Anthropology in Action*. 2007; 14(3): 18–29.
2. WHO/PAHO. Culture and mental health in Haiti: A Literature review. Geneva: WHO; 2010

3. Vonarx N. *Le Vodou haïtien. Entre médecine, magie et religion*. PUR: Rennes; 2012
4. Sterlin C. Pour une approche interculturelle du concept de santé. *Ruptures*, 2006; 11(1): 112–121.
5. Farmer P. The birth of the Klinik: A cultural history of Haitian professional psychiatry. En: Gaines A., editor. *Ethnopsychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatries*. Albany: SUNY; 1992. p. 251-272.
6. PAHO. *Haiti: Profile of the health services system*. Washington DC: PAHO; 2003.
7. Nicolas G, Jean-Jacques R, Wheatley A. Mental health counseling in Haiti: Historical overview, current status, and plans for the future. *Journal of Black Psychology*, 2012, 38(4): 509-519.
8. Wagenaar B, Kohrt B, Hagaman A., et al. Determinants of care seeking for mental health problems in rural Haiti: Culture, cost, or competency. *Psychiatric Services*, 2013 64(4): 366-372.
9. Dubois L. *Haiti: the aftershocks of history*. New York: Metropolitan Books; 2012.
10. Hurbon L. Pentecostalism and transnationalism in the Caribbean. En: Corten A, et al. editores. *Between Babel and Pentecost: Transnational Pentecostalism in Africa and Latin America*. London: Hust & Co; 2001. p. 124-41.
11. Métraux A. *Le Vaudou Haïtien*. Paris: Gallimard; 1958.
12. Byron JP. La pensée de Jean Price-Mars. Entre construction politique de la nation et affirmation de l'identité culturelle haïtienne. En: Byron JP, editor. *Production du savoir et construction sociale. L'ethnologie en Haïti*. Québec/Port-au-Prince: Les Presses de l'Université Laval & Les Éditions de l'Université d'État d'Haïti; 2014. p. 47-80
13. Coreil J. Parallel structures in professional and folk health care: a model applied to rural Haiti. *Cult Med Psychiatr*, 1983 7(2), 131-151.
14. Kiev A. Folk psychiatry in Haiti. *J of Nerv Ment Dis*, 1961; 132: 260–265.
15. Khoury N, Kaiser B, Keys H, et al. Explanatory models and mental health treatment: Is Vodou an obstacle to psychiatric treatment in rural Haiti? *Cult Med Psychiatry*, 2012, 36:514-534.
16. Desrosiers A, Fleurose S. Treating Haitian patients: key cultural aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 2002, 56(4), 508-521.
17. Bolton P, Surkan P, Gray A., et al. The mental health and psychosocial effects of organized violence: A qualitative study in northern Haiti. *Transcultural Psychiatry*, 2012 49(3-4): 590-612.
18. Raviola G, Severe J, Therosme T, et al. The 2010 Haiti earthquake response. *Psychiatr Clin North Am*; 2013, 36(3):431–50.
19. Cénat JM, Derivois D. Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adult survivors of earthquake in Haiti after 30 months. *J Affect Disord*, 2014, 159:111–7.
20. Cavanna AE, Cavanna S, Cavanna A. Epileptic seizures and spirit possession in Haitian culture: report of four cases and review of the literature. *Epilepsy Behav*, 2010, 19(1):89–91.
21. Nicolas G, DeSilva AM, Grey KS, et al. Using a multicultural lens to understand illness among Haitians living in America. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2006, 37(6), 702-707.
22. Philippe J, Romain JB. Indisposition in Haiti. *Social Science and Medicine*, 1979, 13B(2), 129-133.
23. Coreil J, Barnes-Josiah DL, Augustin A, et al. Arrested pregnancy syndrome in Haiti: findings from a national survey. *Medical Anthropology Quarterly*, 1996, 10(3), 424-436.
24. Azaunce M. Is it schizophrenia or spirit possession? *Journal of Social Distress and the Homeless*, 1995, 4, 225-263.
25. Hillel J, Desrosiers P, Turnier L. La dépression chez l'Haïtien. *Médecin du Québec*, 1994, 29(2): p. 121-123.
26. Hagaman A, Wagenaar B, McLean K, et al. Suicide in rural Haiti: clinical and community perceptions of prevalence, etiology, and prevention. *Soc Sci Med*. 2013, 83:61-9.
27. Collazos F, Qureshi A. La diversidad cultural y la salud mental en el dispositivo hospitalario. En: Comelles J, et al. editores. *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicaciones URV; 2009.
28. Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Can J Psychiatry*, 2009, 54(5): 292-301.
29. Boehnlein J. Religion and spirituality in psychiatric care: Looking back, looking ahead. *Transcultural Psychiatry*, 2006, Vol 43(4): 634-651.

PREVALENCIA DE OBESIDAD: ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA EVOLUCIÓN EN 7 PAISES DE AMÉRICA LATINA.

OBESITY PREVALENCE: SYSTEMATIC STUDY OF ITS EVOLUTION IN 7 COUNTRIES IN LATIN AMERICA.

RESUMEN

La obesidad es un problema de salud pública que afecta de manera importante a América Latina. **Objetivo:** Conocer la evolución de la prevalencia de obesidad en 7 países de América Latina en 3 períodos diferentes. **Métodos:** Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo, recopilando resultados de la OMS y artículos arbitrados entre 1998-2003, 2008 y 2014. El análisis de datos estadísticos regional fue difícil, ya que los criterios, objetivos y datos epidemiológicos son locales ó aislados, sin uniformidad en la información disponible por la diversidad de fuentes, períodos de tiempo considerados y diversos valores referenciales, limitando una visión coherente de la situación regional. Los datos fueron representados en un cuadro y cuatro figuras realizadas en formato Excel 2007. **Resultados:** Entre 1998-2003, la prevalencia más alta fue en Costa Rica (59.1%) y Venezuela (51.5%). En 2008, fue más alta en México (32.1%), Venezuela (30.3%) y Argentina (29.7%). En 2014, México (28.1%), Chile (27.8%) y Argentina (27.7%), en los 3 períodos fue mayor en mujeres. **Conclusión:** América Latina ha mantenido alta prevalencia de obesidad, reflejado en parte en los resultados de este estudio, donde se observó tendencia al aumento, siendo importante ya que, aunque representó momentos epidemiológicos diferentes, la tendencia al alza se mantuvo con cifras cercanas en los 7 países. Destacaron las mujeres en relación con los hombres con mayor obesidad en los períodos estudiados.

Palabras clave: Obesidad, Prevalencia, América Latina, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Uruguay, Venezuela

ABSTRAC

Obesity is a public health problem that has a significant impact on Latin America. **Objective:** To know the evolution of the prevalence of obesity in 7 Latin American countries in 3 different periods. **METHODS:** We performed a descriptive, retrospective study, collecting WHO results and articles refereed between 1998-2003, 2008 and 2014. The analysis of regional statistical data was difficult, since the criteria, objectives and epidemiological data are local or isolated, without uniformity in the available information by the diversity of sources, considered periods of time and diverse reference values, limiting a coherent view of the regional situation. Data was represented in a table and five figures in Excel 2007 format. **Results:** Between 1998-2003, the highest prevalence was in Costa Rica (59.1%) and Venezuela (51.5%). In 2008, it was highest in Mexico (32.1%), Venezuela (30.3%) and Argentina (29.7%). In 2014, Mexico (28.1%), Chile (27.8%) and Argentina (27.7%), in the three periods was higher in women. **Conclusion:** Latin America has maintained a high prevalence of obesity, reflected in part in the results of this study, where a tendency to increase was observed, being important since, although it represented different epidemiological moments, the upward tendency remained in close numbers in the 7 countries. Highlighted women in relation to men with greater obesity in the studied periods.

Key words: Obesity, Prevalence, Latin America, Argentina, Brazil, Chile, Costa Rica, México, Uruguay, Venezuela

Maribel Chávez-Velásquez
Facultad de Medicina Escuela de
Medicina. Departamento de Ciencias
Instrumentales y de la Comunica-
ción. mard18@hotmail.com

Esperanza Pedraza
Facultad de Medicina. Secretaría
Docente de la Escuela de Medicina.

María Montiel
Facultad de Medicina Escuela de
Medicina.
Departamento de Medicina
Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud cada vez mayor en los países desarrollados y en los países en desarrollo, convirtiéndose junto al sobrepeso en los principales problemas de salud pública a nivel mundial¹. Al pasar de los años, el mundo pesa más, afirmación respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual estableció que la prevalencia mundial de la obesidad casi se duplicó entre 1980 y 2008, e indicó en 2012 que aproximadamente 2,8 millones de personas murieron cada año en el mundo debido al sobrepeso o la obesidad, patologías que aumentan el riesgo de padecer coronariopatías y accidentes cerebro-vasculares isquémicos, entre otras.

En 2008, el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres del mundo, que representaban 500 millones de personas, eran obesos, mientras que en 1980 lo eran el 5% de los hombres y el 8% de las mujeres. Los mayores porcentajes de personas con sobrepeso u obesidad se registraron en la Región de las Américas, con sobrepeso de 62% en ambos sexos y obesidad de 26%². La obesidad definida como índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² de superficie corporal, es una enfermedad sistémica, crónica y multi-causal, no exclusiva de países económicamente desarrollados, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. Esta patología ha alcanzado proporciones epidémicas en el mundo, razón por lo que la OMS la ha denominado como la epidemia del siglo XXI³. La escalada de obesidad en América Latina se ha convertido en un problema de salud pública en todos los países. Para el año 2020, las perspectivas de la OMS apuntan a que seis de los países con mayor obesidad en el mundo, entre la población mayor de 15 años, serán latinoamericanos: Venezuela, Guatemala, Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y México.

El propósito de este trabajo es conocer la evolución de la prevalencia de la obesidad en siete países de América Latina en tres períodos de tiempo diferentes que representan momentos epidemiológicos distintos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio sistemático y retrospectivo, relacionando hechos aparentemente aislados tratando

de unificar elementos dispersos en una nueva totalidad. Los datos fueron reunidos en condiciones controladas, medidos e interpretados de manera razonada y rigurosa. Se trabajó con resultados previos, obtenidos de informes de la OMS y artículos arbitrados. El análisis de los datos estadísticos en la región de décadas anteriores resultó difícil, porque los criterios y objetivos, entre otros, pueden no ser comparables, ya que en América Latina los datos epidemiológicos de factores de riesgo como la obesidad y la hipertensión, por citar algunos, son locales y en algunos casos aislados⁵. La falta de uniformidad en la información disponible producto de la diversidad de las fuentes, los períodos de tiempo considerados, los diferentes criterios de clasificación y los diversos valores referenciales, limitan las comparaciones y dificulta la obtención de una visión coherente de conjunto sobre la situación nutricional de la región⁶. Por lo cual para este estudio los artículos fueron seleccionados, analizados y agrupados de acuerdo a ciertos criterios: se escogieron los países con mayor similitud de las características en estudio. Se utilizaron fuentes arbitradas, se trabajó con tres períodos de tiempo y se escogieron los que compartían investigaciones de obesidad y sobrepeso, permitiendo identificar sus coincidencias para poder comparar los resultados obtenidos en las mismas tanto en la población general como por sexo, y así estudiar de manera sistemática su evolución en el tiempo. Se utilizaron estudios nacionales en los países en los cuales estaban disponibles; en caso contrario, se hizo referencia a estudios en regiones que representaban una parte importante de la población de cada país, siendo estos mencionados como nacional o sub-nacional respectivamente. Se incluyó sobrepeso y obesidad en los casos que fue necesario, puesto que los estudios que comunicaron la prevalencia de décadas anteriores, lo hicieron en conjunto sin diferenciar los dos niveles, siendo difícil separarlos.

Por estas razones se incluyeron solo siete países de la región en el período 1998-2003, manteniéndolos en los años 2008 y 2014. Entre 1998-2003, hubo coincidencia en la mayoría de los criterios, dos reportaron sobrepeso y cinco reportaron obesidad, cuyo cálculo utilizado fue de ≥ 25 kg/m² y ≥ 30 kg/m² de superficie corporal respectivamente, también reportes en ambos sexos y en cada uno en particular. En 2008 y 2014, ya había unificación de criterios para obesidad, calculado como ≥ 30 kg/m²

de superficie corporal. Los resultados se agruparon y se presentaron en una tabla y en tres gráficos, donde se muestran la prevalencia general y por sexo.

RESULTADOS

Este estudio se realizó con trabajos de sobrepeso y obesidad en tres períodos, a partir de 1998, momento en el cual la mayor parte de los países que reportaron información habían asumido como criterios para obesidad el $IMC \geq 30$ Kg/m² de superficie corporal. Sin embargo, dos de los incluidos entre 1998-2003 en esta investigación reportaron sobrepeso con $IMC \geq 25$ Kg/m², como lo mencionamos

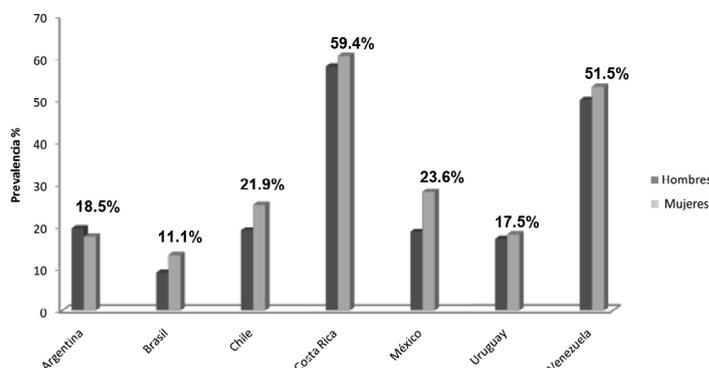
anteriormente. Se estudiaron siete países, de los cuales Argentina, Costa Rica y Venezuela reportaron estudios sub-nacionales. Asimismo, Costa Rica en el año 2000 y Venezuela en 2001, reportaron $IMC \geq 25$ kg/m² en ambos sexos, siendo 59.4%⁷ y 51.5%⁸ respectivamente. En Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay los estudios se realizaron con criterio de $IMC \geq 30$ kg/m². Argentina reportó 18.5%⁹, en Brasil fue de 11.1%, la más baja de los países estudiados para ambos sexos¹⁰. En Chile fue de 21.9%¹¹, México reportó 23.6%¹², en Uruguay fue de 17,5%¹³ (Tabla 1). A excepción de Argentina, en todos los países se observó mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. (Figura 1).

Tabla 1. Prevalencia de Obesidad en 7 países de América Latina 1998-2003

País	Prevalencia %			Año de estudio	IMC Kg/m ²	Nacional o Sub-nacional
	A	H	M			
Argentina	18.5	19.5	17.5	2003	≥ 30	Sub-nacional**
Brasil	11.1	8.9	13.1	2002	≥ 30	Nacional
Chile	21.9	19	25	2003	≥ 30	Nacional
Costa Rica	59.4	57.9	60.4	2000	$\geq 25^*$	Sub-nacional**
México	23.6	18.6	28.1	2000	≥ 30	Nacional
Uruguay	17.5	17	18	1998	≥ 30	Nacional
Venezuela	51.5	50	53.1	2001	$\geq 25^*$	Sub-nacional**

*Reportaron $IMC \geq 25$, **3 países con estudios sub-nacionales. A: Ambos sexos, H: Hombres M: Mujeres.

Figura 1. Prevalencia de Obesidad en 7 países de América Latina por sexo. Período 1998-2003



En 2008, los estudios en la región revelan unificación de los criterios para la determinación de obesidad con $IMC \geq 30$ Kg/m², de acuerdo a la OMS. La obesidad general fue mayor en México con 32.1%, en Venezuela 30.3%, Argentina 29.7%, en Chile de 29.4%, mientras que Uruguay reportó 24.8%, Costa Rica 23.7% y en Brasil fue 18.8%, representando la más baja de los 7 países al igual que en el período anterior¹⁴. Las mujeres mostraron la prevalencia más alta en todos los países estudiados (Figura 2).

En 2014, la obesidad se mantuvo al igual que en 2008, continuó siendo mayor en México con 28.1%, seguido por Chile con 27.8%, Argentina 27.7%, Venezuela 27.2%, Costa Rica 26.9%, Uruguay 26.8%, y Brasil con 25.9%, fue la más baja como en los dos períodos anteriores, observándose de todos modos un aumento importante en 2014. En este período, se mantuvo mayor prevalencia en mujeres, con mínima diferencia en Argentina y Venezuela que fue menor en mujeres en relación con los hombres¹⁵ (Figura 3).

Figura 2. Prevalencia de Obesidad por sexo en 7 países de América Latina 2008

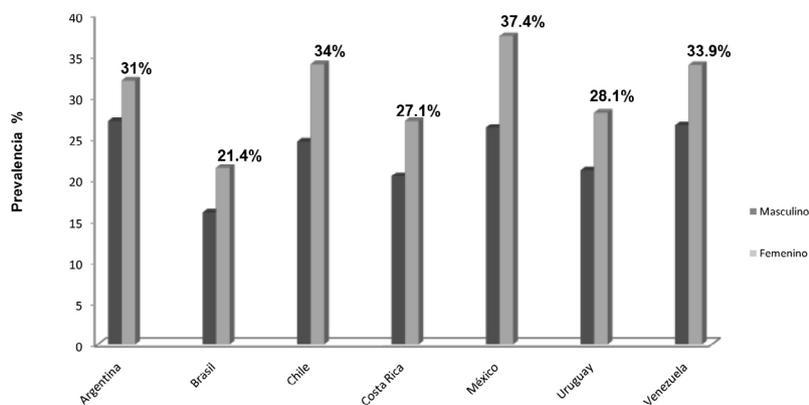
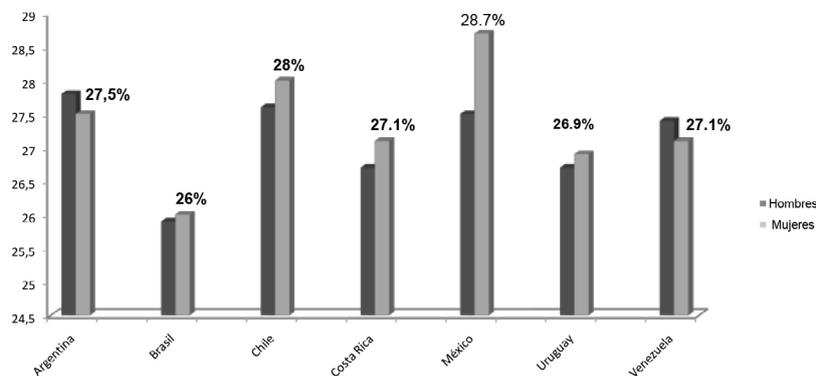


Figura 3. Prevalencia de Obesidad por sexo en 7 países de América Latina 2014



DISCUSIÓN

La obesidad fue etiquetada como epidemia mundial por la OMS en el año 1998, ya que a nivel global existía más de 1 billón de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de éstos eran obesos. La epidemia de obesidad no se restringe a sociedades desarrolladas; de hecho su aumento es con frecuencia más rápido en los países en desarrollo, quienes enfrentan un doble reto junto con sus problemas de desnutrición. La comparación de la carga de enfermedad debida a la elevación del índice de masa corporal está entre los cinco principales factores de riesgo tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo¹⁶.

Cada año mueren en el mundo 2,8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad, ya que éstas aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebro-vasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer frecuentes. La prevalencia mundial de la obesidad casi se duplicó entre 1980 y 2008. En este último año, 10% de los hombres y 14% de las mujeres del mundo que representaban 500 millones de personas, eran obesos, mientras que en 1980 lo eran el 5% de los hombres y el 8% de las mujeres. Los mayores porcentajes de personas con sobrepeso y obesidad se registraron en la Región de las Américas (sobrepeso: 62% en ambos sexos; obesidad: 26%)¹⁷.

Estas cifras no surgieron de manera fortuita: son la consecuencia de un comportamiento acumulativo y sostenido de un estilo de vida que ha propiciado la epidemia de obesidad que actualmente tenemos en el mundo, la cual es alarmante. Estudios previos establecieron que en toda la Región de las Américas, las estimaciones indicaron que entre el 50% y el 60% de todos los adultos, así como entre el 7% y el 12% de todos los niños menores de 5 años, y más de un tercio de todos los adolescentes, tenían sobrepeso o eran obesos¹⁸. En 1991, la red de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (FAO/SISVAN) revisó los datos correspondientes a la situación alimentaria y nutricional de adultos en 15 países de la Región, mediante datos en relación al índice de masa corporal. El estudio demostró en el conjunto de los países, una elevada prevalencia de obesidad, la que alcanzó en algunos casos el 50% de la población estudia-

da. La prevalencia más alta se observó en Uruguay, donde el 50.7% de la población femenina estudiada y el 49.9% de la masculina, era obesa de acuerdo con el criterio empleado¹⁹.

Similarmente en este estudio se observó en el período 1998-2003, que 2 de los 7 países estudiados tenían una alta prevalencia, Costa Rica con 59.4% y Venezuela con 51.5% (ambos con estudios subnacionales), mientras que en 2008, en la mayoría de los países la prevalencia fue elevada, siendo México, Venezuela y Argentina donde hubo las cifras más altas con 32.1%, 30.3% y 29.7% respectivamente. Esta tendencia se mantuvo en 2014, donde México con 28.1%, Venezuela con 27.8% y Argentina 27.7% continuaron siendo los países con mayor obesidad, el resto de los países mantuvieron cifras cercanas a éstas. Asimismo, destaca el aumento sostenido de la prevalencia de obesidad en mujeres en relación con los hombres en los países estudiados en los tres períodos, lo cual es significativo, ya que, aunque representó momentos epidemiológicos distintos en cada país, la tendencia a la alza se mantuvo, lo cual se ajusta a la realidad de la evolución de la obesidad a nivel mundial, donde la OMS indica que en casi todos los países, el problema es mayor entre las mujeres²⁰. Lo que quizás pueda estar relacionado con la incursión de la mujer al campo laboral compartiendo con el hombre en este ámbito, haciéndola participe de la mejora en el estilo de vida que ocasiona cambios en la dieta y la actividad física, entre otros.

Una característica distintiva en las mujeres en relación con el sobrepeso y la obesidad lo revelan algunos estudios en los cuales se indicó la ganancia de peso que se produce frecuentemente durante la menopausia, ya que este período se asocia a un cambio en la distribución de la grasa corporal²¹. Otras evidencias es necesario mencionar en la mujer, y está relacionado con los efectos de los anti-conceptivos orales y la posibilidad de ganancia de peso²², así como la paridad que se asocia con mayor peso corporal. Se ha estimado que la ganancia de peso (independiente de los efectos de la edad) es de 0,5 a 2,4 kg/parto²³.

Otras investigaciones demostraron que la obesidad está fuertemente relacionada con otros importantes factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2, entre otros²⁴. Esto adquiere una gran

relevancia a nivel regional cuando se relaciona con estudios epidemiológicos que han demostrado una estrecha relación entre el sobrepeso y la obesidad con la mortalidad total y la morbi-mortalidad por las enfermedades cardiovasculares, que siguen siendo la mayor causa de muerte en el mundo²⁵.

Previamente se demostró que en la región se ha mantenido una elevada prevalencia de obesidad¹⁸. Nuestros resultados sugieren que esta patología podría continuar en alza en América Latina, ya que se observó que la tendencia en los países estudiados es a mantener cifras elevadas. Así en 2014 las cifras oscilaron entre 28.1% en México, la más alta y la baja, de 25.9% en Brasil, (este último país resalta ya que en 2002 fue de 11.1%), ubicándose el resto de los países en este rango, lo que probablemente se podría relacionar con alta y constante morbi-mortalidad por ECV en la región, ya que, según la OMS, en términos de muertes atribuibles a enfermedades cardiovasculares, el 5% de estas, estuvo en relación con el sobrepeso y la obesidad para el año 2011²⁴. Situación que evoluciona de manera alarmante hasta el 2014, cuando la OMS reportó que más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos, es decir, alrededor del 13% de la población adulta mundial (11% de los hombres y 15% de las mujeres), mientras que el 39% de los adultos mayores de 18 años (38% de los hombres y 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.

Actualmente el sobrepeso y la obesidad están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial en países de ingresos bajos y medianos) el incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad en los niños ha sido un 30% superior al de los países desarrollados²⁶.

La epidemia de obesidad está impulsada en gran parte por dos tendencias que van de la mano: el cambio de los hábitos alimentarios y la reducción de la actividad física. Ambas condiciones son observadas en la mayoría de los países de las Américas: allí se está produciendo un cambio en los hábitos alimentarios, caracterizado por el aumento del consumo de alimentos con un denso contenido energético, unido al hecho de que entre 30 y 60% de la población no alcanzan el nivel mínimo recomendado de actividad física, como caminar diariamente

durante 30 minutos²⁷. Es por esto que para la OMS es importante trabajar en su prevención como un problema de salud pública de alta prioridad.

Para ello se ha propuesto una estrategia global sobre el régimen alimentario y la actividad física desde el año 2004, instando a los estados y países miembros de la Organización a implementarla. El desafío para los gobiernos es conseguir el cambio conductual de la sociedad y de los individuos, que permita disminuir la obesidad y las consecuencias que de ella derivan²⁸. En conclusión, es necesario impulsar las estrategias que permita hacer frente a esta epidemia: involucrar a las sociedades en la grave situación de la obesidad y su relación con patologías que por su gravedad son la primera causa de muerte en el mundo, y permitir el acceso, no solo a la información sobre esta patología y el daño que ocasiona, sino también a la adecuada nutrición que implica cambios en la alimentación, que deben ser asumidos desde el conocimiento de la necesaria transición a un mejor vivir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, WHO.
2. World Health Organization. Health in the Americas. 2012 Edition. Regional Outlook and Country Profiles.
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva no. 311. 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
4. Carrie S. Alimentación en Latinoamérica: obesidad, la nueva epidemia. Educaméricas. 2012.
5. Pramparo P. The epidemiology of hypertension in South America. *Journal of Human Hypertension* 2002; 16 Supl 1: 3-6.
6. Organización Panamericana de la Salud. Situación Nutricional en las Américas. *Boletín Epidemiológico*. 1994; 15: 3. Disponible en: www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseResearcher/Search/SimpleSearch/index.aspx?DM=18&UN
7. Ministerio de Salud. Encuesta de factores de riesgo para enfermedades no Transmisibles. 2003.
8. García M, Semprún M, Sulbarán T, Silva E, Calmón G, Campos G. Factores nutricionales y metabólicos como riesgo de enfermedades cardiovasculares en una población adulta de la ciudad de Maracaibo Estado Zulia, Venezuela. *Investigación Clínica* 2001;

- 42:23-42.
9. Virgolini M and Ferrante D. Validación de la Herramienta de la OPS para vigilancia de ENT en Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2002.
 10. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Análise da disponibilida de domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística. Brasil, 2004. Disponible en: www.who.int/ncdsurveillance/infobase/web/InfoBaseResearcher/Search/SimpleSearch/index.aspx?DM=18&UN
 11. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud, Chile 2003.
 12. Olaiz G. Encuesta Nacional de Salud. 2000; Tomo 2, la salud de los adultos. Disponible en: www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseResearcher/Search/SimpleSearch/index.aspx?DM=18&UN
 13. Pisabarro R, Irrazábal E, Recalde A. Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad (ENSO I) Revista Médica de Uruguay 2001.
 14. Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad. 2008. Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/
 15. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014.
 16. World Health Organization. The World Health Report 2003. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/en/>
 17. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Una instantánea de la salud mundial. 2012.
 18. World Health Organization. WHO Global Database: Body Mass Index. 2011.
 19. FAO/SISVAN. Informe final de la IV Mesa Redonda sobre Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de América Latina y el Caribe. Quito. 1991.
 20. Pan American Health Organization. Noncommunicable diseases basic indicators: minimum, optimum, and optional data set for NCDs. 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=51930&Itemid=51708&lang=es
 21. Poehlman ET, Oth MJ y Gardner AW. Changes in energy balance and body composition at menopause: a controlled, longitudinal study. *Ann Intern Med* 1995; 123:673.
 22. Eck LH, Bennett AG, Egan BM y cols. Differences in macronutrient Selections in users and non users of an oral contraceptive. *Am J Clin Nutr* 1997; 65:419.
 23. Abrams B, Altman SL y Pickett KE. Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr* 2000; 71 Supl 5:1233-41.
 24. World Health Organization. Global Atlas on Cardiovascular Diseases Prevention and Control. 2011.
 25. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva. WHO. 2007.
 26. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva. N° 311. Enero de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
 27. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological 30. Approach to creating active living communities. *Annu. Rev. Public Health*. 2006; 27:297-322.
 28. Briceño-Iragorry L, Valero G., Briceño L A. Obesidad, ¿es una realidad en Venezuela? *Epidemiología Pandemia del siglo XXI*. Academia Nacional de Medicina. Colección Razetti. Volumen XIII. Caracas: Editorial Ateproca. 2012; 59-90.

PERCEPCIÓN PÚBLICA DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA EN EL SUR DE CHILE

PUBLIC PERCEPTION OF ATMOSPHERIC CONTAMINATION IN THE SOUTH OF CHILE.

Estimado editor:

La contaminación por humo de leña constituye un importante problema de salud pública en el sur de Chile, donde alrededor de 2 millones de personas podrían verse expuestas a concentraciones medias anuales de MP_{2,5} superiores a 30 mg/m³¹. Los efectos en la salud producidos por la polución del aire están ampliamente documentados². Los estudios recientes más robustos apuntan a que su impacto en la mortalidad podría alcanzar los 8.9 millones de personas al año³. Sin embargo, existe relativamente poca investigación acerca de cómo la población percibe este problema y que medidas toma para proteger su salud. El objetivo de esta carta es difundir entre los lectores de su revista, algunos resultados preliminares de una investigación llevada a cabo en las ciudades de Temuco y Padre las Casas, sobre la opinión del público no-experto respecto a la contaminación atmosférica urbana generada por el uso masivo de estufas y cocinas a leña en la ciudad.

Se realizó un estudio de corte transversal, con un muestreo no probabilístico por conveniencia abarcando todos los macrosectores urbanos de las comunas de Temuco y Padre las Casas. A finales de 2017, se encuestó un total de 489 personas (191 hombres y 298 mujeres). El rango de edad de los participantes osciló entre 18 y 89 años (M = 43, SD = 18,6); el 11,3% declaró educación primaria, el 28,4% secundaria, el 56,2% universitaria, el 4,1% postgrado; el 15,8% de los participantes se identificó como perteneciente a un pueblo indígena. Para la recolección de datos se diseñó un cuestionario de 50 preguntas con variables socio-demográficas, actitudinales y de comportamiento.

La mayoría de los encuestados consideró “mala” (40%) o “muy mala” (36%) la calidad del aire de la ciudad. Sin embargo, a pesar que estudios recientes han alertado del grave problema que supone la contaminación intradomiciliaria, solo el 32,3% de los participantes evaluó negativamente la calidad del aire en su hogar⁴. El riesgo percibido por la contaminación del aire fue relativamente alto, con una media de 4,24 (SD 1,00) en una escala de 1 a 5 (1 nada peligrosa, 5 muy peligrosa). El 63,6% declaró que se había sentido molesto y el 58,0% preocupado o muy preocupado por la mala calidad del aire, aunque sólo al 29,4% le angustiaba la situación. Si bien la mayoría de los participantes pensaba que la contaminación atmosférica podía causar problemas respiratorios (93,2%) o neumonía (60,3%), el porcentaje de participantes que asocian este problema a enfermedades más severas como el cáncer (48,9%) o los infartos (16,8%) es menor. En cuanto a las conductas de protección, más de la mitad de la muestra declaró que había tenido que cambiar sus actividades de ocio (50,0%), evitar hacer ejercicio físico (58,9%) o permanecer en casa (72,8%) a causa de la contaminación atmosférica. Sin embargo, el 94,3% de los participantes confesó que nunca o casi nunca usaba mascarilla.

Àlex Boso

Núcleo en Ciencias Sociales y Humanidades

Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

ORCID: 0000-0002-0313-8238

En conclusión, la investigación muestra que las políticas de comunicación del riesgo desarrolladas en el sur de Chile están mejorando los niveles conciencia, de la población. No obstante, ciertas dimensiones clave como la percepción de la contaminación intradomiciliaria o las creencias acerca de la severidad de las enfermedades asociadas al MP2.5, deberían abordarse con mayor efectividad. Así mismo, se observa una brecha entre lo que la gente percibe y lo que hace, como denota el bajo uso de mascarillas reportado en la encuesta.

Agradecimientos: Este documento es parte del proyecto FONDECYT Iniciación 11150262 financiado por Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), Chile

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MMA, 2017a. Sustainable heating in Chile: environmental management tools and actions to improve air quality. In: 2017 NACA National Conference. Gauteng, South Africa. <http://www.naca.org.za/uploads/NACAProgramme2017V529.09.17.pdf>.
2. Sanhueza PA, Torreblanca MA, Diaz-Robles LA et al. Particulate air pollution and health effects for cardiovascular and respiratory causes in Temuco, Chile: a wood-smoke-polluted urban area. *J Air Waste Manage Assoc.* 2009; 59: 1481-1488.
3. Burnett R et al. (2018). Global estimates of mortality associated with long-term exposure to outdoor fine particulate matter. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(38), 9592-9597.
4. Jorquera H, Barraza F, Heyer J, Valdivia G, Schiappacasse LN, & Montoya LD. Indoor PM 2.5 in an urban zone with heavy wood smoke pollution: The case of Temuco, Chile. *Environmental Pollution.* 2018; 236: 477-487.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PATOLOGÍAS BUCALES A DIEZ AÑOS DE DISTANCIA

TEN YEARS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE SYSTEM FOR ORAL PATHOLOGIES

Estimado editor:

Una de las funciones esenciales de la Salud Pública es la evaluación y análisis del estado de salud de la población; por consiguiente, es una obligación de las instituciones que conforman los servicios de salud del país obtener información al respecto. Uno de los instrumentos más utilizados en salud bucal es la información recabada por los índices de salud bucal (higiene oral, gingivitis, caries, etc.). En México se creó la Dirección General de Epidemiología y el Programa de Salud Bucal que generó un sistema para recopilar información oportuna y permanente del estado de salud bucal de la población mexicana. A partir del año 2009, ya con las 32 entidades federativas operando en 355 unidades centinela, se decidió realizar además de boletines trimestrales, una publicación anual de los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB). Dicha información de fase permanente corresponde únicamente a las consultas de tratamiento dental en los consultorios de los Centros de Salud o unidades médicas del IMSS-Prospera, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF, los Servicios de Salud Estatales pertenecientes a la Secretaría de Salud, y de la Universidad de Guadalajara. Para procesar los datos se construyó un sistema informático a cargo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE, antes CENAVECE) y para el año 2006 se crea el módulo de captura en la plataforma única de la Dirección General de Epidemiología, con lo cual integra al SIVEPAB como un sistema especial dentro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), para análisis de información y se unificaron las bases de datos de ambas plataformas. Para el desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica, el Comité Nacional de Salud Bucal las incluyó dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-20061, en el numeral 10, propone registro y notificación epidemiológica. En conclusión, a diez años de distancia del establecimiento el SIVEPAB ha demostrado ser un sistema de información adecuado para conocer la salud bucal de la población mexicana, desde su instalación el año 2009 en todas las entidades del país.

Conflicto de intereses: No existe

José Eduardo Orellana-Centeno
Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre Salud Pública, Oaxaca, México.
jeorellana@unsis.edu.mx

Verónica Morales-Castillo
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona/ Unidad de Medicina Familiar No. 9, San Luis Potosí, México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVE-PAB) 2012. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. México, Distrito Federal.
2. Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (2012). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.
3. Estructura Orgánica Básica con base en el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación 02/02/2010.
4. SSA, CENAPRECE, Programa de Salud Bucal. Encuesta de Caries Dental en Escolares 1999-2001.
5. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. Cubos dinámicos. Proyecciones de la Población de México 1990 – 2030. CONAPO. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población 2010-2050. Disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion.html

PROPUESTA PARA ABORDAJE MULTIDIMENSIONAL DE PROBLEMÁTICA DE VIH EN CHILE

PROPOSAL FOR A MULTIDIMENSIONAL APPROACH TO ADDRESS THE HIV PROBLEM IN CHILE

Sr Editor,

El reconocimiento epidemiológico del VIH es clave para generar políticas contextualizadas que predigan escenarios epidemiológicos como el chileno actual (crecimiento incidencia >4000% por 26 años)¹, frente a estadísticas globales que evidencian desaceleración y declive en prevalencia e incidencia⁹. Los razonamientos sobre este aumento aluden una aparente baja eficacia de acciones implementadas vs. el fortalecimiento de la notificación vs. el fenómeno de pseudoincidencia dado por la migración masiva y atípica (inmigrantes enfermos).

Ni víctimas ni culpables, el conocimiento de los actores es preponderante en la retroalimentación, la realidad es que los grupos de riesgo y portadores con conocimiento superficial condicionan negativamente su comportamiento², “Los adolescentes que no se perciben en riesgo no modifican conductas sexuales riesgosas” (invulnerabilidad o resiliencia?) generando pobre impacto en campañas preventivas³, hay falsos estereotipos sobre apariencia de portadores⁴ y la migración es un factor de riesgo por aumento de vulnerabilidades⁵⁻⁷ (un tercio de la incidencia en solo 6,6% de la población) generando aumento de transmisión.

A veces desestimamos recomendaciones internacionales, efectivas en Latinoamérica, que promueven una búsqueda activa de la infección con un equipo médico capacitado/sensibilizado⁸ además de programas abiertos y gratuitos de consejería sexual y tamizaje voluntario¹¹⁻¹³, eliminando barreras de acceso: connotación negativa, escasa información y burocracia¹⁰ e implementando vigilancia de segunda generación⁹ con geolocalización permitiendo en tiempo real reorientar esfuerzos de prevención primaria y secundaria, de forma dinámica y efectiva, por mantenernos en el confort de la antigua concepción de campañas escolares que han demostrado un mínimo impacto¹⁴⁻¹⁶. Finalmente, no se desconoce el buen trabajo del programa nacional de VIH con estadísticas veraces y actualizadas pero el aporte conjunto de nacionales y extranjeros, instituciones públicas y privadas, harán sinergia para lograr abordar exitosamente esta problemática.

Laura Lucía Ortiz-Vásquez
Fundación Universitaria Juan N
Corpas (Colombia). Universidad
Autónoma de Bucaramanga
(Colombia)

OCIRD 0000-0002-8411-8174

ortizv.laura@gmail.com

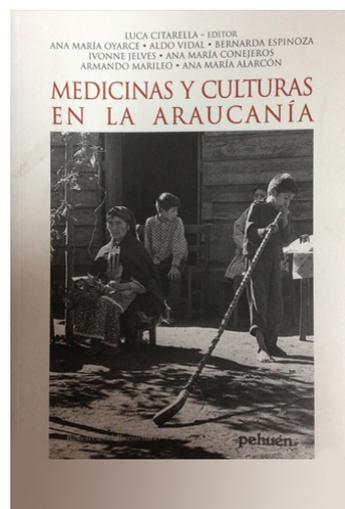
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Salud Pública de Chile. Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010 - 2015. [Internet]. Ispch.cl. 2019 [cited 22 February 2019]. Available from: <http://www.ispch.cl/content/24387>
2. Dávila L M, Gil Manzanilla M, Tagliaferro Z. Conocimiento de las personas que viven con el virus del VIH/SIDA sobre la enfermedad. *Revista de Salud Pública*. 2015;17(4):541-551.
3. Castillo-Arcos L, Benavides-Torres R. Model of Sexual Resilience in the Adolescent: Middle Range Theory. *Aquichan*. 2012;12(2):169-182.
4. Ferrer L, Cianelli R, Norr K, Cabieses B, Araya A, Irrázabal L et al. Observed Use of Standard Precautions in Chilean Community Clinics. *Public Health Nursing*. 2009;26(5):440-448.
5. Fairchild A, Tynan E. Policies of containment: immigration in the era of AIDS. *American Journal of Public Health*. 1994;84(12):2011-2022.
6. Bronfman M, Leyva R, Negroni M, Rueda C. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *AIDS*. 2002;16:S42-S49.
7. Galárraga O, Sosa-Rubí S, Infante C, Gertler P, Bertozzi S. Willingness-to-accept reductions in HIV risks: conditional economic incentives in Mexico. *The European Journal of Health Economics*. 2013;15(1):41-55.
8. Bolaños Gutiérrez M, Díaz Lemus M, Segredo Pérez A. Curso para el equipo básico de salud sobre el control y prevención del VIH/sida. *Educación Médica Superior* [Internet]. 2015 [cited 22 February 2019];29(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000200008
9. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for second generation HIV surveillance : an update : know your epidemic. [Internet]. WHO Guidelines. 2011 [cited 22 February 2019]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85511/9789241505826_eng.pdf;sequence=1
10. Vega Vega P, Araya G A, Urrutia Soto M, Carrasco Aldunate P, Rubio Acuña M. BARRERAS PERCIBIDAS POR LOS USUARIOS PARA ACCEDER AL TEST DE ELISA PARA VIH. *Ciencia y enfermería*. 2015;21(2):77-85.
11. Higgins D. Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1991;266(17):2419-2429.
12. Deschamps M. Heterosexual Transmission of HIV in Haiti. *Annals of Internal Medicine*. 1996;125(4):324.
13. Kamb M, Fishbein M, Douglas J, Rhodes F, Rogers J, Bolan G et al. Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases. *JAMA* [Internet]. 1998 [cited 22 February 2019];280(13):1161-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9777816>
14. O'Hara P, Messick B, Fichtner R, Parris D. A Peer-Led AIDS Prevention Program for Students in an Alternative School. *Journal of School Health*. 1996;66(5):176-182.
15. Fox R. mwanza Tanzanian AIDS project works towards "good things for young people". *The Lancet*. 2000;355(9216):1703.
16. Cáceres C. Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(6):1468-1485.

SISTEMAS MÉDICOS EN LA ARAUCANÍA

MEDICAL SYSTEMS IN THE ARAUCARIA REGION

YETHUAIMI THAMI THRIWE LAWEN...” (LLEVARÁS TU REMEDIO AMARGO)



Tengo en mis manos una cuidadosa primera reedición de un texto publicado inicialmente el año 1995 por Editorial Sudamericana, que anuncia un diálogo cruzado entre culturas y sistemas médicos desde la región de la Araucanía: “Medicina y Cultura en la Araucanía” Editorial Pehuén 2019. Se trata de una incursión sobre las ciencias sociales y las ciencias de la salud con un material que, parapetado horizontalmente en la dialéctica ciencia/política, incluye cuestiones como: la historia del pueblo mapuche; la relación de la cultura indígena con el tiempo histórico en que es escrito el texto (etapa final de la dictadura militar); la medicina tradicional mapuche y su relación con el sistema médico hegemónico y con otras formas de sanación popular; la cosmovisión mapuche; las relaciones de saber/poder con el Estado chileno

en tanto pueblo/nación mapuche y en cuanto sistema de sanación; la concepción mapuche sobre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, sobre sus prácticas de sanación. Todos estos temas son abordados prolijamente en un texto extenso en el que abundan los datos complementarios y el trabajo de campo, la revisión bibliográfica, material fotográfico, estadísticas y gráficos. Se trata de una contundente producción teórica, en la que participa un grupo multidisciplinario de científicos sociales y de la salud, que incluye la presencia de profesionales mapuche, todos ellos con presencia activa en el territorio de la Araucanía y que han sentido la necesidad de contar con un texto especializado que sistematice estas primeras experiencias de trabajo en salud desarrolladas por los autores junto al pueblo mapuche.

La pregunta es cuál sería el argumento que justifica esta reedición, dos y media décadas después. ¿Se trata de recuperar un texto histórico en tanto memoria científica de un conjunto de conocimientos que corresponden a una época pretérita o es la persistencia respecto de una temática sobre la cual se tiene la convicción de su actualidad, de su necesidad no solo historiográfica sino también epistemológica y praxiológica? Un dato ilustrativo para dilucidar esta cuestión es el hecho que a la época de la aparición de este texto, hace ya 25 años, recién empezaba en nuestro país a abrirse paso la idea de conocer por parte del Estado, en sus particularidades, la realidad del proceso salud – enfermedad de los pueblos indígenas de Chile. Una época en la que recién emergía en los años 90 el concepto de “interculturalidad” en la región latinoamericana, con la lucha de los movimientos indígenas aymara y quichua en Bolivia y Ecuador por el derecho a la tierra, por su reconocimiento como naciones, por su cultura y por la defensa de todas sus tradiciones, desde sus

lenguas a sus prácticas médicas. El origen histórico de este concepto es, por tanto, estrictamente político y social pues responde, tanto en su génesis como en su desarrollo, a un proceso de ascenso de las demandas de los pueblos indígenas de la región, frente a injusticias e inequidades, principalmente de tipo étnicas, de clase y territoriales; un período de ascenso significativo del rol del movimiento indígena como actor social, al punto de producir importantes transformaciones políticas en ambos países, uno de cuyos logros más importantes fue la elaboración de constituciones políticas en las que hoy se reconocen muchos de sus derechos y se da estatus jurídico-constitucional a la interculturalidad.

El texto "Medicinas y Culturas en la Araucanía" surge en ese escenario social, cuando en Chile aún no se materializaba una política de salud pública con base en la interculturalidad. A nivel latinoamericano, y siguiendo el mandato del Consenso de Washington de los años 90, se despliega una estrategia internacional de etnogubernamentalidad y gobernanza destinado a encauzar el conflicto indígena regional, cautelando la estabilidad política que requiere la modernización neoliberal. Para estos efectos se apropió de categorías sociales y políticas de corte progresista en su retórica oficial, como participación social, diversidad cultural, derechos sociales, etc., pero con un toque de mistificación a lo Lampedusa ("Gatopardo") a objeto de configurar discursos de contención de las crisis sociales ligadas a las crecientes demandas indígenas de la región, de las cuales ha hecho parte históricamente el pueblo mapuche.

Es en ese momento cuando "interculturalidad" se transforma en un concepto polisémico, ambiguo, hasta errático, diferenciándose con claridad en la actualidad -siguiendo a C. Walsh- al menos dos corrientes asociadas a la interculturalidad: una, de carácter funcional-relacional que concibe el diálogo entre culturas como un escenario de intercambios mutuos, ajeno a las relaciones de hegemonía/subalternidad en que se sustenta y, otra de carácter crítica, que reconoce los conflictos de poder, la lucha de intereses en juego y las demandas transformativas de las comunidades del subsuelo social. La primera está en la base de las políticas públicas de la mayoría de los países de la región formando parte de las estrategias de control social sobre las culturas subalternas; la segunda ha seguido el legado político

que llevó a los pueblos aymara y quichua en Bolivia y Ecuador a protagonizar cambios sociales en favor de sus demandas históricas. La interculturalidad en salud es en Chile tributaria -en términos oficiales y en sus políticas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas- de la forma funcional-relacional, aunque en los últimos años se abre camino en los espacios no hegemónicos una corriente crítica muy ligada a la salud colectiva y a los modelos de salud y salud mental comunitarios más avanzados. Podemos decir que la interculturalidad en salud es hoy un espacio de saberes y praxis en tensión y conflicto entre la etnogubernamentalidad y la producción de nuevas formas de subjetividad individual y social a partir de una concepción "otra" del proceso salud-enfermedad-atención, aquella que la define como un "hecho social total", en conceptos de E. Menéndez y A. Martínez H.

El texto es un aporte al debate en curso, toda vez que vuelve a poner al servicio de la reflexión teórica un vasto conjunto de conocimientos asociados a la cultura mapuche, que conservan plena actualidad y proveen valiosos insumos no solo para nuestras preocupaciones teóricas sobre la interculturalidad en salud sino también - y diríamos, principalmente- para la praxis intercultural, uno de cuyos requisitos fundantes para su aplicación en el campo de la salud y la salud mental, especialmente para nuestros jóvenes equipos que configuran la red pública de salud, es la obligación de conocer con el máximo de rigurosidad posible las culturas subalternas, su historia, sus cosmovisiones, sus tradiciones, especialmente aquellas de tipo mágico-espirituales y de sanación, su concepción sobre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, su ideal comunitario, sus condiciones concretas de existencia (con A. Quijano diremos, sus condiciones de dominación y explotación y sus anhelos de reconocimiento y de redistribución), etc. De todos estos temas trata este libro; estimamos que los cambios sociales y políticos producidos en Chile en estos años desde su primera edición y los interesantes procesos abiertos en torno a la valiosa, aunque aún muy incipiente, apertura de las políticas públicas en salud hacia las tradiciones médicas de los pueblos indígenas son una incitación a lecturas y relecturas de sus contenidos. Aparte que siempre es un deleite, en nombre del fetichismo del libro, el tener entre manos un texto hermosamente editado y muy bien escrito.

CUADERNOS MÉDICO SOCIALES, LA FAMILIA Y LA FORMACIÓN MÉDICA

CUADERNOS MEDICO SOCIALES, FAMILY AND MEDICAL TRAINING



Es evidente que las buenas ideas, lo que vale la pena, lo que debe preservarse (y todas esas cosas parecidas) por lo general no tienen origen en uno mismo sino en nuestras relaciones. Siempre hubo un amigo en la juventud, un profesor en la escuela, un colega en el trabajo (y de nuevo todas esas cosas parecidas) que destacó algo, que insistió en algo, que apuntó hacia alguna parte... Así agregamos a nuestro acervo un músico que no habíamos escuchado, un poeta que no habíamos leído, una idea que no habíamos considerado.

Por consiguiente, las relaciones debemos cultivarlas y acrecentarlas: con ellas vienen mundos adicionales. En especial, hay que cultivarlas: mantener el contacto, establecer redes, y frecuentarlas. Esto es lo que nos va constituyendo como familia. Los montescos (o capuletos) siempre somos más

que los Montescos o Capuletos propiamente tales. Y eso hay que tenerlo en cuenta...

Cuadernos Médico Sociales es parte de la familia. Nos ha acompañado por largos sesenta años. Desde su verdadero inicio –cuando era solo un boletín que difundía la preparación del Primer Seminario de Formación Profesional– una de sus principales preocupaciones fue la educación médica. Esto es patente tanto en sus editoriales como en los distintos textos incluidos para animar la discusión.

Conviene detenerse un poco en esto, porque se trata de un aspecto básico para la familia. Sobre todo, porque la pregunta por la educación médica trae aparejada muchas otras consideraciones de importancia. En los años sesenta, preguntar por ejemplo por qué tipo de médico requería la “realidad nacional” de entonces; cuál era el tipo de medicina que debía practicarse en esa “realidad nacional”. Destaco el punto de la “realidad nacional” –término muy al uso en los debates de entonces– por dos razones: ideológicamente para los actores de entonces era un marco inevitable e indiscutible de referencia, y por otra parte, la medicina (como cuerpo de saberes y procederes) solo era concebible como parte integrante de ese marco. Independientemente de lo factible que fuera captar esa ‘realidad nacional’, o de lo acertado que fuera la caracterización que de ella se hiciera, era un aspecto indiscutible de la discusión.

Esta educación médica, tradicionalmente orientada tan solo a “diagnosticar y tratar” (como lo dijera el Decano Alessandri en el famoso Primer Seminario de Formación Profesional), era ahora vista por *Cuadernos Médico Sociales* como una que debía sobrepasar “la atención exclusiva de los aspectos somáticos de la enfermedad”, como lo destacan en su primera editorial. ¿Cuál era entonces la idea inicial? Para

empezar, se trataba de una medicina que además de diagnosticar y tratar incorporara “la responsabilidad de fomentar y proteger la salud individual y colectiva”; en que el médico operara también en instituciones como parte de un equipo de salud, y manejara y administrara los recursos que la comunidad le entregaba. Pero además que en esa medicina se entendiera que las oscilaciones particulares entre salud y enfermedad solo podían concebirse como la expresión del funcionamiento integrado del mundo y de la vida. Se estaba pensando entonces en la “medicina integral”, concepción que se expresaría en experiencias concretas como el Centro de Demostración en Medicina Integral de Quinta Normal, que tendría éxito y sería muy considerada en el Primer Seminario de Formación Profesional al que estamos aludiendo y que operaría como uno de los fundamentos del proceso de reforma de la educación médica de finales de los años sesenta. Vale la pena detenerse un poco en ese Centro de Demostración en Medicina Integral. Este Centro inició sus actividades en 1956-57 y en toda su gestión había un énfasis importante en la integración de lo somático y lo psíquico, la integración de lo individual y lo social y la integración de lo preventivo y lo curativo. Para este equipo de salud esto era la “atención médica integral”; para los alumnos de entonces lo que allí se practicaba consistía en un nuevo enfoque de la medicina.

Con el paso de los años y con las transformaciones sociales y políticas de los años siguientes, esta medicina integral daría paso después de 1973 al enfoque biopsicosocial en medicina, hoy término ineludible en cualquier declaración de principios en educación médica.

Cuadernos Médico Sociales se inició entonces pensando la educación médica, pero la gracia es que lo hacía desde una perspectiva en que era fundamental entender y comprender el vasto campo del país y de la sociedad en que nuestra medicina era puesta en práctica. Que esto ocurriera 60 años atrás es indudablemente sorprendente y denota una perspicacia muy particular en los animadores de entonces de los *Cuadernos*. “Sesenta años después somos conmovidos por el calado de estas reflexiones. Pocas veces los testigos contemporáneos son capaces de prever la magnitud y las implicancias de lo que ocurre ante sus ojos” dirá Yuri Carvajal, actual editor de *Cuadernos Médico Sociales*, al ce-

lebrar estos sesenta años de existencia.

Que este país es otro muy distinto al de entonces es evidente: el país es otro y la medicina es otra también. La medicina ha sufrido cambios trascendentales en la comprensión científica de su objeto y en los múltiples desarrollos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento. Pero además ha cambiado sustancialmente su manera de insertarse en la sociedad. En lo que podría ser un rasgo del nuevo país, se intentará controlar las inequidades sociales y económicas: aparecerán nuevos sistemas de financiamiento de la atención médica y con ello un enorme desarrollo de una suerte de ingeniería y/o economía sanitaria que viene aparejada a las reformas del sistema y en especial al desarrollo del GES. No en vano hace pocos años atrás una universidad privada publicitaba en grandes vayas que “la salud en Chile necesita más ingenieros”.

Hoy como ayer, pero tal vez de un modo más perentorio que antes, tenemos que entender a la medicina como parte inevitable de un mundo mayor, en el que la gente se enferma, los médicos se forman, los medicamentos se crean y se difunden. La medicina misma ahora no podrá ser considerada con independencia de cómo sea comprendida la enfermedad, no podrá ser aislada de las implicancias económicas de tratar o no tratar ese paciente, no podrá ser pensada con independencia a tales o cuales desarrollos técnicos. Inclusive, en su práctica clínica cotidiana los médicos tratan con personas (sanas, asintomáticas, o definitivamente enfermas) intermediados por normas (reglamentos, protocolos, leyes específicas), por instrumentos (desde el fonendoscopio hasta el resonador magnético), por ese tipo específico de instrumentos que son los medicamentos (con toda la variación debida en costos y accesos), por agentes dados (virus, bacterias, material particulado o lo que sea en su momento). Y es evidente que todo ello es expresión de las condiciones de posibilidad que ofrece una sociedad dada en un momento histórico particular.

Preocuparse por como debe ser la educación médica hoy es por ende bastante más complejo que en los años sesenta. Pero, además de esta complejidad y sumada a ella, desde el punto de vista de las ciencias sociales no hemos logrado avances similares a como ha ocurrido en la biomedicina. Frente a sus múltiples e impactantes desarrollos, en las ciencias sociales tal vez lo único destacable sea el consenso

casi unánime alcanzado acerca de la intervención de los 'determinantes sociales' en salud. ¡Y esto no es gran cosa! Los determinantes sociales nos dejan casi en el mismo pie que hace sesenta años: constatar y protestar por las injusticias sociales (hoy higienizadas como inequidades), cuando en verdad se requiere una ciencia social mucho más elaborada.

Hoy como ayer siguen existiendo similares presiones: la medicina continúa viéndose tironeada por parte y parte (y, siguiendo a Annemarie Mol, me

gustaría decir: colonizada por parte y parte). Su basamento social es similar, su entramado tecnológico y económico más intenso y retorcido, su desarrollo biomédico más espectacular que nunca. Se requiere por consiguiente claridad para delinear por donde debe ir la ruta. *La Revista Chilena de Salud Pública* está en eso; *Cuadernos Médico Sociales* también. ¿Cómo sumar esfuerzos para estar a la altura de los tiempos?...