

R E V I S T A

Paradigmas Socio-Humanísticos

Publicación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas

ISSN: 2711-242X (En línea) | Bogotá, D.C., Colombia | Volumen 4, Número 1, enero – junio, 2022

Realizado por: Las Escuelas de Enfermería, Educación y Ciencias Sociales.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

50
Años



VIGILADA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

La Revista Paradigmas Socio-Humanísticos es una publicación semestral de las escuelas de Educación y Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, orientada principalmente a la divulgación de trabajos inéditos de investigación socio-humanística, en especial desde los paradigmas investigativos cualitativos en el campo de las ciencias humanas y sociales, incluyendo el área de la salud y la educación; igualmente se publicarán revisiones sistemáticas de la literatura, propio del campo objeto de la Revista, así como estudios culturales en diálogo con la sociedad contemporánea.

El comité editorial de la revista Paradigmas Socio-humanísticos, recibe con entusiasmo los documentos que den cuenta de resultados de investigación, revisiones sistemáticas, revisiones de literatura, innovaciones educativas y artículos de reflexión temas contemporáneos que contribuyan al conocimiento y debate dentro de la Educación y la Enfermería en contextos nacionales e internacionales.

Vol. 4, No. 1 (enero – junio) Año 2022

ISSN: 2711-242X (En línea)

DOI: <https://10.26752/revistaparadigmash.v4i1>

Sitio Web:

<https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/revistaparadigmash>

Contacto Revista Paradigmas Socio-Humanísticos

Claudia Patricia Motta León
PBX: (+57 1) 662 2222 Ext.: 702
revistapsh@juanncorpas.edu.co

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Rectora:

Dra. Ana María Piñeros Ricardo

Vicerrector Académico:

Dr. Luis Gabriel Piñeros Ricardo

Vicerrector Administrativo:

Dr. Juan David Piñeros Ricardo

Secretario General:

Dr. Fernando Noguera

Diseño editorial institucional

Director Centro Editorial:

Dr. José Arlés Gómez A.

Corrección de Estilo:

María Alejandra Uribe Cadena

Director Departamento

de Promoción Institucional:

Andrés Rojas Piñeros

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Jefe de Diseño:
Carlos Eduardo Uribe

Diseño Gráfico y Maquetación:
Carlos Eduardo Alarcón Rodríguez

Agradecimiento fotografía de la portada

Enfermera. Luisa Alejandra Aguilar Bernal
Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Directoras

María Antonina Román Ochoa
Decana, Escuela de Enfermería,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Marta Osorio de Sarmiento
Decana, Escuela de Educación,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia.

Editores

Ana Cecilia Becerra Pabón
Coordinadora Investigación
Escuela de Enfermería
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

José Arlés Gómez Arévalo
Director Centro Editorial
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Editoras Junior

Claudia Motta León
Docente Escuela de Enfermería
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Luisa Alejandra Aguilar Bernal
Enfermera
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
Bogotá, Colombia

Marcela Pulido Mora
Jefe de Biblioteca.
Centro de Información y Consulta
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
Bogotá, Colombia

Comité Científico Miembros Nacionales

PhD. Daniel Gonzalo Eslava
Fundación Universitaria del Área Andina
Bogotá, Colombia

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

PhD. Claudia del Pilar Vélez
Universidad de San Buenaventura
Valle del Cauca, Colombia

PhD. Jesús Ernesto Urbina
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Comité Científico
Miembros Internacionales

PhD. Tomás Sola Martínez
Universidad de Granada
Granada, España

PhD. Howard Butcher
The University of Iowa
Iowa City, United States

PhD. Marcos Jesús Iglesias Martínez
Universidad de Alicante. Alicante, España

PhD. María Ángeles Martínez Domínguez

PhD. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, México

Comité Editorial
Miembros Nacionales

Mag. Luzmila Hernández Sampayo
Universidad del Valle
Cali, Colombia

PhD. Lina María Vargas Escobar
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

PhD. Olga Osorio Murillo
Pontificia Universidad Javeriana
Cali, Colombia

PhD. Luis Gabriel Piñeros Ricardo
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

PhD. María Antonina Román Ochoa
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

PhD. Lorena Martínez Delgado
Universidad de Ciencias Aplicadas y
Ambientales U.D.C.A.
Bogotá, Colombia

PhD. Marta Osorio de Sarmiento
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

PhD. Ana Cecilia Becerra Pabón
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Mag. Claudia Motta León
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Mag. Martha Isabel Sarmiento
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Esp. Marcela Pulido Mora
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia
Comité Editorial

Miembros Internacionales

PhD. Martha Vergara Fregoso
Universidad de Guadalajara
Guadalajara, México

PhD. José Antonio Méndez Sanz
Universidad de Oviedo
Oviedo, España

PhD. Horacio Ademar Ferreyra
Universidad Católica de Córdoba
Córdoba, Argentina

Contenido

Editorial

Aplicación del enfoque feminista a la realidad colombiana: un paso de la conciencia femenina a la conciencia colectiva	7-12
---	------

Claudia Patricia Motta León

Artículos Originales

Caracterización de pacientes que se realizaron prueba de COVID-19, pertenecientes a una EAPB, Colombia	13-23
---	-------

*María Fernanda Méndez Rodríguez,
Nidya Vargas Avellaneda*

Características socioculturales y emocionales de los niños y jóvenes que ingresan y permanecen en un grupo scout en la ciudad de Bogotá	24-40
--	-------

*Isabella Marín Becerra,
Felipe Martínez Heredia*

Artículos de Reflexión

El autocuidado, uno de los requisitos para el buen cuidado en salud mental	41-49
---	-------

Patricia Elena Dueñas Granados

El racismo médico de salud en México: aproximación cultural e histórica	50-60
--	-------

Karla Ivonne Mijangos Fuentes

APLICACIÓN DEL ENFOQUE FEMINISTA A LA REALIDAD COLOMBIANA: UN PASO DE LA CONCIENCIA FEMENINA A LA CONCIENCIA COLECTIVA

Claudia Patricia Motta León¹

Resumen:

Pareciese que hablar de feminismos y estudios de género está de moda en la academia, y es que basta con revisar los programas académicos de las universidades colombianas, especialmente, la información que corresponde a estudios de posgrado para advertir que el tema es tendencia y que tiene muchas posibilidades de ser aprovechado en investigaciones, ponencias, proyectos de extensión e innovación e, incluso, convocatorias internacionales.

Sin embargo, el análisis de los alcances y aplicabilidad de los conceptos género y feminismo en las dimensiones política, social, económica, educativa, sanitaria etc., y la incorporación de sus principios a la realidad de los individuos y comunidades, es una tarea que se encuentra pendiente todavía y cuya visibilización responde a un imperativo moral para aquellos que trabajamos en la formación de nuevos profesionales. Esta editorial es una crítica personal al feminismo, pero también un llamado a la reflexión y al activismo como camino para materializar los aportes de la teoría a la cotidianidad de las personas.

Palabras clave: feminismo, equidad de género, conciencia colectiva.

© 2022 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la

Licencia Creative Commons

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v4i1.659

¹Líder Línea de Investigación Género y Cuidado-Grupo CUIDARTE. Docente Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, D.C., Colombia. ORCID 0000-0001-7447-0636. Autor de correspondencia: correo electrónico claudia.motta@juanncorpas.edu.co

APPLICATION OF THE FEMINIST APPROACH TO THE COLOMBIAN REALITY: A STEP FROM THE FEMININE CONSCIENCE TO THE COLLECTIVE CONSCIENCE

Abstract

It would seem that talking about feminism and gender studies is fashionable in the academy, and it is enough to review the academic programs of Colombian universities, especially the information corresponding to postgraduate studies, to notice that the topic is a trend and that it has many possibilities to be used in research, papers, extension and innovation projects and even international calls for proposals.

However, the analysis of the scope and applicability of the concepts of gender and feminism in the political, social, economic, educational and health dimensions and the incorporation of their principles to the reality of individuals and communities, is a task that is still pending and whose visibility responds to a moral imperative for those of us who work in the training of new professionals. This editorial is a personal critique of feminism, but also a call for reflection and activism as a way to materialize the contributions of this theory to people's daily lives.

Keywords: feminism, gender equality, collective consciousness

Cuando comencé a construir este editorial me encontraba un poco prevenida respecto a la forma en la que plantearía las ideas centrales para no suscitar controversias, especialmente, porque hasta hace algunos años no me identificaba con los argumentos de muchas compañeras que se declaraban abiertamente feministas y esto, en parte, porque los veía tan radicales y excluyentes como los de muchos hombres machistas y misóginos que frecuento.

A pesar de que reconozco que mi pensamiento se construyó básicamente en una falta de conocimiento al respecto, también pude entender que una de las razones de mi desencanto se relacionaba con el hecho de que el feminismo, como teoría, está perfectamente redactada y justificada, pero su traslación a la realidad de las mujeres “comunes y corrientes” no ha sido un proceso exitoso.

Quiero aclarar que mi intención NO es minimizar el trabajo de aquellas que, a través de la historia, han propuesto ideas valiosas e impulsado algunos cambios importantes; no obstante, considero que la forma de aplicación de esta ideología, no ha logrado el impacto necesario para una transformación real en esta sociedad eminentemente patriarcal.

Un ejemplo de esto se resume en el informe denominado Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia (DANE, 2020) en el que se evidencian, entre otros hallazgos, que la mitad de las mujeres en edad de trabajar están fuera de la fuerza laboral porque se encuentran asignadas a labores de cuidado NO remunerado o están en sectores informales sin acceso a protección social ni ingresos representativos, contribuyendo al fenómeno de “feminización de la pobreza”. Adicional a esto, la participación de las mujeres en espacios de poder y toma de decisiones es limitado (pese a la existencia de acciones afirmativas), sin mencionar que la violencia contra las

mujeres y niñas es una de las expresiones más extremas de la desigualdad y la discriminación que acontece en el país.

La pregunta sería, entonces, sí el feminismo es una alternativa para cambiar la realidad de las mujeres colombianas, ¿por qué un gran número NO se consideran feministas o se sienten incómodas al enunciarse públicamente como tal?

Para responder a esta pregunta es necesario considerar algunos puntos críticos:

1. **Existe un desconocimiento o una interpretación errónea del feminismo:** no se reconoce como una postura crítica que busca la igualdad y no la supremacía frente a los hombres, no se identifica que su lucha se centra en las relaciones asimétricas de poder entre lo femenino y lo masculino que generan opresión o que mantienen formas de dominación visibles o invisibles (Asociación Colombiana de Salud Pública, 2019).
2. **No hay un autorreconocimiento de las características morales de las mujeres** que, aunque asociadas a debilidad, desafían a las formas habituales de ejercer el poder y plantean nuevas formas de ejercerlo.
3. **No hay una identificación y apropiación de las formas de liderazgo femeninas** que se encuentran más orientadas al servicio, la cooperación y el humanismo, que al éxito y la competencia.
4. **No hay un reconocimiento del feminismo como una forma de pensamiento independiente de la clase social, el nivel de formación, la raza y la etnia,** lo que aleja a las mujeres de la clase obrera, pobres, rurales, afrodescendientes e indígenas, entre otras, por considerarlo un movimiento ajeno a sus luchas y necesidades.

Para comenzar a desglosar las ideas anteriormente planteadas, quiero tomar la palabra igualdad como punto de partida para la discusión. Este concepto global no contempla segmentación ni fractura y se alcanza a través de la realización de todos los derechos humanos, accediendo a las mismas oportunidades sin importar el género y la raza. Sin embargo, es fundamental reconocer, como sociedad, que NO puede darse un cambio hacia la igualdad, si no se produce de forma simultánea una transformación de las relaciones entre los sexos.

Este proceso no se limita a los espacios públicos, sino que debe darse desde el ámbito de lo privado o doméstico que ha estado intrínsecamente relacionado con lo femenino. Teniendo en cuenta que la división sexual del trabajo ha demarcado un territorio específico de acción para las mujeres y es, a partir de la transgresión de estos espacios, que se comienza la construcción de una igualdad material y no simplemente normativa.

Otro punto importante es reconocer que las mujeres tienen dificultades para construir su especificidad política y enfoque moral, como efecto de la opresión de seguir por años un modelo patriarcal que ha determinado su forma de ver y transitar la realidad.

En palabras de Carol Gilligan: “La realidad social se organiza en base a un sistema sexo-genero que define nuestra forma de percibir el mundo; y dicho sistema se basa en la dominación del patriarcado, en la que un grupo humano detenta el poder sobre otro. Este sistema, estructura las relaciones entre mujeres y hombres dentro de un sistema de poder que define condiciones sociales distintas para ambos grupos en función de sus papeles sociales asignados, su posición de poder y la posesión o desposesión de los principales recursos (Medina, 2016). Esta visión de la realidad, demerita el valor de la experiencia y las relaciones interpersonales considerando la ra-

zón, la justicia y el deber como principios generalizables por encima del cuidado y otros valores propios del ser femenino.

Esto también se relaciona con el tipo de liderazgo que ejercen las mujeres y como esta forma de dirigir, busca, fundamentalmente, aplicar modelos orientados hacia las personas, la cercanía, la cooperación, la resiliencia, el dialogo horizontal y el predominio de lo emocional (Fundación Banco Santander, 2022), lo que es cuestionado por modelos de pensamiento androcentristas, capitalistas y mercantilistas, pues es visto como una alternativa de representar y liderar poco confiable e impráctica.

Con relación al feminismo como corriente de pensamiento, se debe mencionar que muchas mujeres, especialmente pertenecientes a comunidades afrodescendientes e indígenas o con influencias culturales variadas, consideran que las construcciones del feminismo europeo y norteamericano esconden la discontinuidad, el conflicto y las diferencias existentes entre las categorías género, mujer y patriarcado, y, a su vez, no plantean opciones de emancipación que puedan generalizarse a todas las mujeres y que contemplen la realidad de todos los contextos. Lo que genera una ruptura entre aquellas que defienden al feminismo como herramienta para conseguir la libertad, frente a otras que lo ven como una opción irreal (Lerma, 2010).

Desde este punto de vista y luego de la retrospectiva acerca de las creencias y afirmaciones en torno al feminismo, considero que la única manera de acercar a todas y todos al tema y explorar sus bondades y limitaciones, es a partir de estrategias fácilmente aplicables, no tan académicas ni rígidas, que nos ayuden a reconocer y aceptar nuestra identidad femenina (no aplicable exclusivamente a las mujeres o a aquellas que se identifican como tal) y que tengan un

impacto a corto y mediano plazo en la difusión, naturalización e incorporación del feminismo al habitus de las personas.

Una opción práctica sería hablar de una “conciencia colectiva” más que de una “conciencia femenina o feminista” y es que este último concepto que fundamenta la teoría, se reconoció, inicialmente, como una motivación de colectivos sociales que reclamaban una deconstrucción del rol históricamente asignado a las mujeres en la familia, en el hogar y luego en la industrialización; pero, en la actualidad, el desarrollo feminista podría extrapolarse a todas las causas sociales, por ejemplo, la protección del medio ambiente (ecofeminismo) y el reconocimiento de los saberes

ancestrales, tradiciones e identidades culturales en la construcción de nuevos roles sociales para las mujeres (feminismo decolonial) e, incluso, a construir respuestas a las preguntas que confrontan y cuestionan nuestra existencia y propósito (teología y ética feminista).

El llamado final de esta editorial es a construir nuevas formas de pensar e interactuar con los demás y concebir una sociedad desde una visión de “conciencia femenina vista como conciencia colectiva”, y, definitivamente, analizar que el feminismo, como corriente de pensamiento social y política, es una alternativa interesante para resignificar y reivindicar los derechos de todas y todos.

Referencias Bibliográficas

Asociación Colombiana de Salud Pública. (2019). ABC de géneros y feminismos para la salud pública de Colombia. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de <https://www.saludpublicacolombia.org/wp-content/uploads/2020/02/ABCG%C3%89NEROSFEMINISMOSYSALUDPARALASALUDP%C3%9A-BLICADECOLOMBIA.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2020). Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia (p. 246). https://oig.cepal.org/sites/default/files/mujeres_y_hombres_brechas_de_genero.pdf

Fundación Banco Santander. (2022). El liderazgo femenino y los beneficios de la igualdad. Recuperado el 8 de agosto de 2022, <https://www.becas-santander.com/es/blog/liderazgo-femenino.html>

Lerma, B. R. L. (2010). El feminismo no puede ser uno porque las mujeres somos diversas. Aportes a un feminismo negro decolonial desde la experiencia de las mujeres negras del Pacífico colombiano. *La manzana de la discordia*, 5(2), 7–24. https://saberesenintercambio.org/wp-content/uploads/2021/12/El_feminismo_no_puede_ser_uno_porque_las.pdf

Medina Vicent, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (67), 83–98. <https://doi.org/10.6018/199701>

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUE SE REALIZARON PRUEBA DE COVID-19, PERTENECIENTES A UNA EAPB, COLOMBIA

María Fernanda Méndez Rodríguez¹, Nidya Vargas Avellaneda²

Resumen:

Introducción: la infección por SARS-CoV-2 ha representado un desafío para el sistema de salud y la humanidad. Se ha propagado mundialmente y Colombia no ha sido la excepción, al ser el cuarto país de Latinoamérica con más casos. Por esto es indispensable contar con toda la información disponible, lo que da lugar al objetivo de esta investigación, que es caracterizar la población afiliada a una EAPB que realiza pruebas diagnósticas por RT-PCR o antígeno para COVID-19 en Colombia durante el periodo de marzo de 2020 a febrero de 2021.

Metodología: estudio observacional de tipo transversal. La población estudiada son las personas afiliadas a una EAPB a quienes se les haya realizado prueba para el diagnóstico de COVID-19 en el periodo entre marzo 2020 y febrero 2021.

Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de las variables. Para establecer posibles asociaciones, se implementaron test estadísticos paramétricos y no paramétricos de acuerdo con la distribución previamente evaluada. Todos los análisis estadísticos fueron llevados a cabo en el software R. Todos los test de significancia fueron a dos colas y se tomaron los valores $p < 0.05$ como estadísticamente significativos.

Resultados: Fueron evaluados 638.493 registros de pruebas diagnósticas para Sars-CoV-2 entre marzo de 2020 y febrero de 2021. El 86,3% de las pruebas fueron de tipo RT-PCR, mientras que el 13,7% fueron test de antígeno. La positividad general encontrada en este periodo de tiempo fue del 26,8%, sin embargo, Caquetá, Vichada, Cauca, Cundinamarca, Norte de Santander, Boyacá y Bogotá presentaron índices de positividad más altos.

Conclusiones: caracterizar a la población afiliada a una EAPB que realiza pruebas diagnósticas para COVID-19 es una estrategia efectiva para la toma de decisiones en intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología y otras que se presenten en el futuro.

Palabras clave: COVID-19, diagnóstico, reacción en cadena de la polimerasa, antígenos, demografía.

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 03-05-2022 | *Fecha de aceptado:* 11-07-2022

© 2022 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v4i1.643

¹Enfermera de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Epidemiología General, Universidad El Bosque y en Administración en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Miembro de la Dirección Integral de Planeación de Nueva EPS. Bogotá, D.C., Colombia. Autor de correspondencia: correo electrónico mfmendezr@unal.edu.co

²Bacterióloga y Laboratorista Clínica con énfasis en Microbiología Industrial, Especialista en Administración en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

CHARACTERIZATION OF PATIENTS WHO WERE TESTED FOR COVID-19, BELONGING TO AN EAPB, COLOMBIA

Abstract

Introduction: sars-CoV-2 infection has represented a challenge for the health system and humanity. It has spread worldwide and Colombia was no exception, being the fourth country in Latin America with the most cases, so it is essential to have all the information available, which gives rise to the objective of this research, which is to characterize the population affiliated with a EAPB that performs diagnostic tests by RT-PCR or antigen for COVID-19 in Colombia during the period from March 2020 to February 2021.

Methodology: Cross-sectional observational study. The population studied is people affiliated with an EAPB who have undergone a test for the diagnosis of COVID-19 in the period of March 2020 - February 2021. Initially, a descriptive analysis of the variables was carried out. To establish possible associations, parametric and non-parametric statistical tests were implemented according to the previously evaluated distribution. All statistical analyzes were carried out in R software. All significance tests were two-tailed and p values <0.05 were taken as statistically significant.

Results: 638,493 records of diagnostic tests for Sars-CoV-2 were evaluated between March 2020 and February 2021. 86.3% of the tests were RT-PCR type, while 13.7% were antigen tests. . The general positivity found in this period of time was 26.8%, however, Caquetá, Vichada, Cauca, Cundinamarca, Norte de Santander, Boyacá and Bogotá presented higher positivity rates.

Conclusions: Characterizing the population affiliated with an EAPB that performs diagnostic tests for COVID-19 is an effective strategy for decision-making in interventions for the prevention, diagnosis, and treatment of this pathology and others that may arise in the future.

Keywords: COVID-19, diagnosis, polymerase chain reaction, antigens, demography.

Introducción

La enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19), causada por el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo - 2 SARS-CoV-2, ha representado un desafío global con más de 200 millones de infecciones y más de 4 millones de muertes reportadas en todo el mundo (WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, s. f.). Así pues, el COVID-19 se considera actualmente una enfermedad de magnitud mundial y, por su propagación de forma heterogénea por los distintos países del mundo, permite identificar que existe un mayor o menor impacto de acuerdo con sus características. (Epidemiological, socio-demographic and clinical features of the early phase of the COVID-19 epidemic in Ecuador, s. f.).

Colombia, para el 2020, fue el cuarto país de Sudamérica con mayor número de casos de COVID-19. En este país, particularmente, la pobreza, la falta de recursos de atención crítica, una infraestructura de atención sanitaria insuficiente y una ineficiente actuación por parte del gobierno, han provocado que el impacto de la pandemia sea mucho mayor.

En este sentido, para identificar los casos positivos, se implementaron las pruebas moleculares que dependen de la detección del material genético viral (ácido ribonucleico –ARN–) en una muestra de hisopado nasofaríngeo, aspirado o lavado bronquio-alveolar, para indicar la presencia o no de la infección. Una vez que estuvo disponible la secuencia completa del genoma, China formuló la RT-PCR como procedimiento de diagnóstico principal para detectar el SARS-CoV-2 (Coronavirus Colombia, s. f.)

No obstante, los avances científicos continuaron vertiginosamente debido a que se identificaron territorios donde las pruebas moleculares (RT-PCR) eran limitadas o no se encontraban disponibles, o, en su defecto, donde estaban dis-

ponibles, los tiempos de respuesta eran prolongados, motivo por el cual salieron al mercado las pruebas rápidas de antígeno (PDR-Ag). (Organización Panamericana de la Salud, s. f.)

En ese marco, un diagnóstico sensible, específico y rápido de COVID-19 es crucial para identificar casos positivos, rastrear sus contactos y encontrar la fuente del virus, y con esto, finalmente, racionalizar la medida de control de la infección. En este escenario, lo ideal es poder formular esas medidas de acuerdo con las características individuales de la población, con el propósito de lograr mayor efectividad (Gestoso-Pecellín et ál., 2021).

De acuerdo con lo descrito, se requiere obtener información sobre la tendencia de los resultados de las pruebas diagnósticas para COVID-19 de las personas afiliadas a una Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) y relacionarlos con las condiciones individuales, epidemiológicas y sociodemográficas, pues suministra información relevante en la toma de decisiones por parte de los actores del sistema de salud.

Es por esto por lo que el objetivo de esta investigación es caracterizar la población afiliada a una EAPB que cuenta con prueba por RT-PCR o prueba de antígeno para COVID-19 en Colombia durante el periodo de marzo de 2020 a febrero de 2021.

Participantes y Método

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal con base en datos recolectados entre marzo de 2020 y febrero de 2021 de usuarios afiliados (638.493) a una EAPB, a quienes se les realizó la prueba para el diagnóstico de COVID-19 en el periodo de marzo de 2020 a febrero de 2021, el estudio fue diseñado bajo el enfoque cuantitativo con una técnica de extrac-

ción de la información, muestreo probabilístico y agrupación de las variables de interés en una base de datos única.

Se tuvo en cuenta las pruebas por técnica de RT-PCR y Rápidas de Antígeno. Una vez realizada la extracción de información de las fuentes establecidas con los datos de las pruebas diagnósticas para COVID-19 y la información demográfica de la población, se realizó revisión de la calidad de los datos y solo se tomaron aquellos registros que contenían datos válidos en todas las variables a estudiar.

Recolección de la Información

En primer lugar, se extrajo la información de todas las pruebas para diagnóstico de COVID-19 a las personas identificadas como afiliadas a esta EAPB del aplicativo oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, donde reposan todos los resultados de las pruebas procesadas a nivel nacional. Seguido a esto, con el tipo y número de identificación, nombres y apellidos, se buscaron los datos sociodemográficos y la información de presencia de síntomas.

Finalmente, cuando se contó con todas las variables en la base de datos estandarizada, se cambiaron las variables de tipo y número de documento por una variable con un identificador único para cada persona y se eliminaron las variables de nombres y apellidos con el propósito de anonimizar la identificación de la persona, no fue necesaria la aprobación de un comité de ética ni el uso de consentimiento informado.

Análisis

Se efectuó, inicialmente, un análisis descriptivo de las variables categóricas; estas variables fueron resumidas en términos de frecuencias y proporciones. Las variables cuantitativas fueron

resumidas en términos de medias y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos dependiendo del resultado de la prueba de normalidad (Temas de ScienceDirect, s. f.)

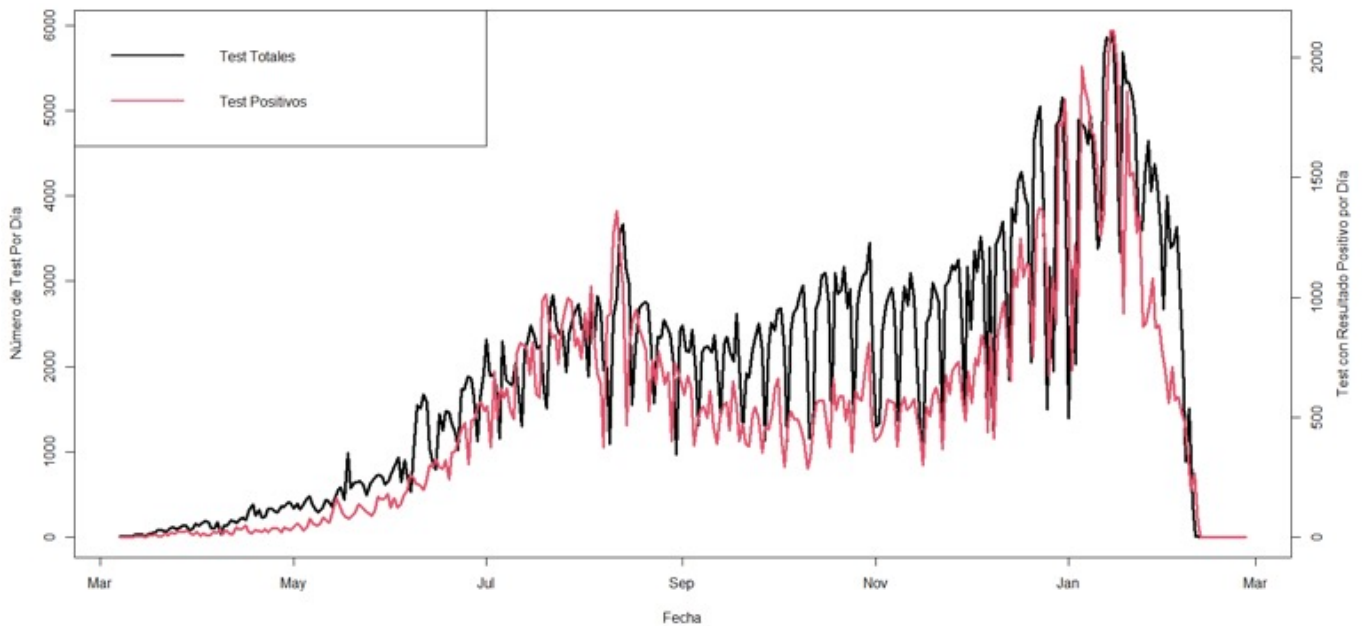
Para establecer posibles asociaciones entre variables categóricas, se implementó la prueba Pearson's Chi-squared test (Karl Pearson y la prueba de Chi cuadrado en JSTOR, s. f.). Para el análisis bivariado de las variables cuantitativas se implementaron test estadísticos paramétricos y no paramétricos de acuerdo con la distribución previamente evaluada. De acuerdo con lo anterior, se utilizaron los test Kruskal-Wallis rank sum test y la correspondiente prueba post hoc, Dunn-Bonferroni Kruskal-Wallis multiple comparison Test (Gestoso-Pecellín et ál., 2021).

Todos los análisis estadísticos fueron llevados a cabo en el software R (RStudio Team, 2019). Todos los test de significancia fueron a dos colas y los valores de $p < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados

Fueron evaluados 638.493 registros correspondientes a pruebas realizadas para el diagnóstico de Sars-CoV-2 entre marzo de 2020 y febrero de 2021. En esta ventana de tiempo, 526.397 pruebas fueron realizadas durante el año 2020, mientras que, en el 2021, fueron realizadas 157.096; siendo los meses de diciembre de 2020 ($n = 106.864$) y enero de 2021 ($n = 134.731$) los meses con más pruebas realizadas por esta EAPB.

Ilustración 1. Pruebas totales efectuadas (RT-PCR y de antígeno) realizadas entre marzo de 2020 y febrero de 2021.

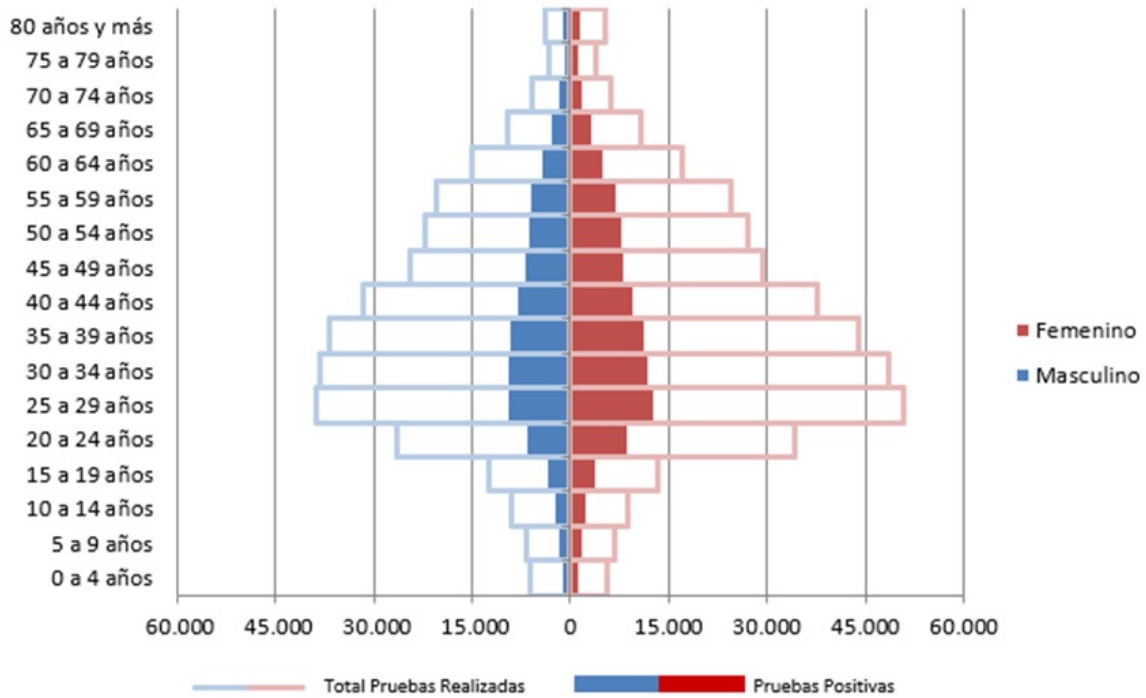


Fuente: autoría propia.

Es importante destacar que las pruebas utilizadas en este periodo de tiempo para el diagnóstico de Sars-CoV-2 fueron pruebas moleculares RT-PCR y pruebas rápidas basadas en detección de antígenos. Respecto a lo anterior, el 86,3% de las pruebas fueron de tipo RT-PCR ($n = 590.093$), mientras que el 13,7% fueron test de antígeno ($n = 93.400$).

Dentro de la muestra evaluada, se encontró una mediana de edad de 37 años (IQR = 27 – 50), siendo el 54,6% de género femenino ($n = 372.972$) y 45,4% del masculino ($n = 310.521$). Los grupos de edad donde se realizaron el mayor número de pruebas están entre los 25 y 44 años que corresponde al 47% del total de pruebas realizadas.

Ilustración 2. Distribución por quinquenios de edad y sexo de las pruebas realizadas y de las pruebas con resultado positivos

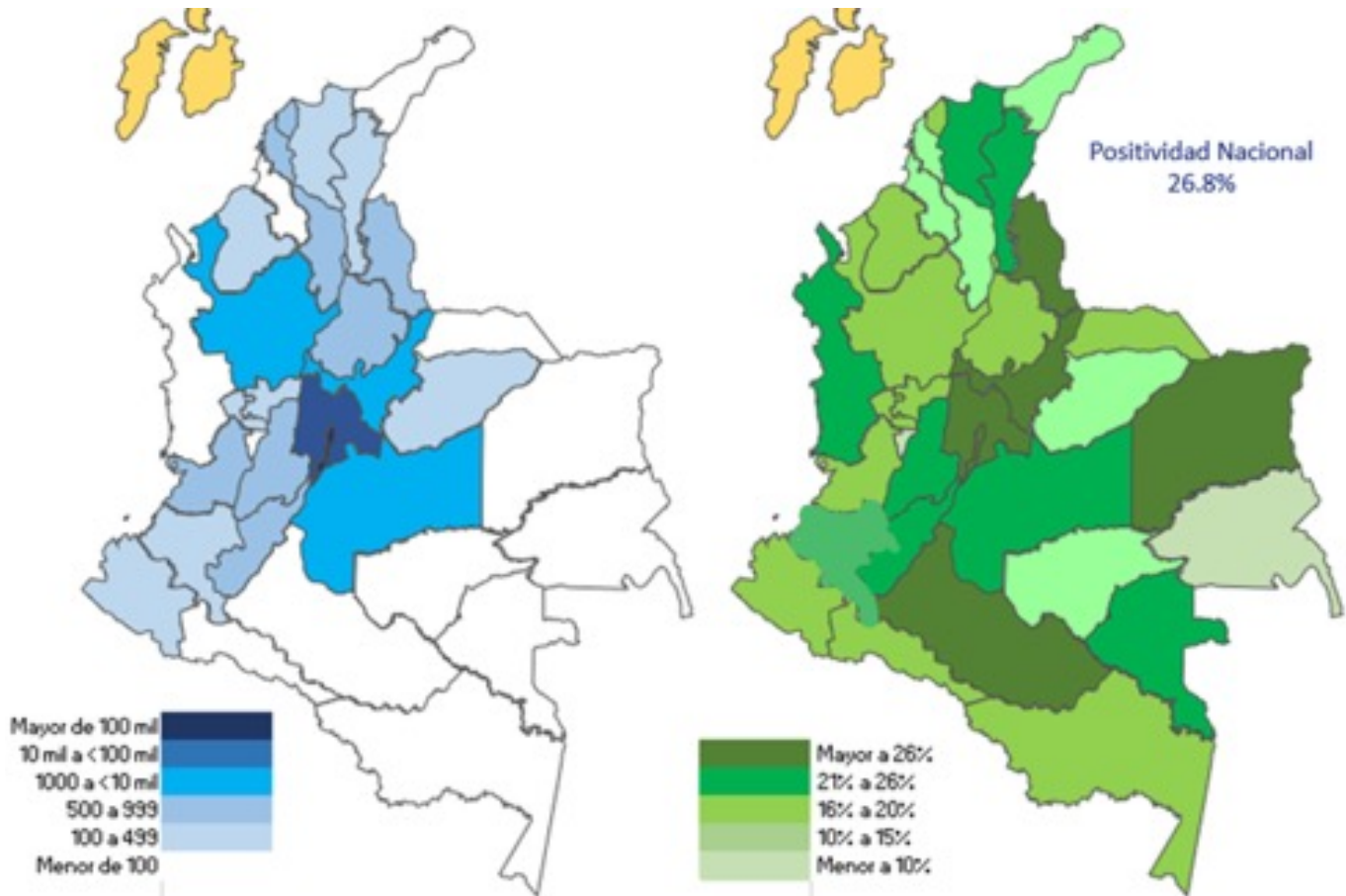


Fuente: autoría propia.

El 80,9% de las personas que se realizaron pruebas residen en Bogotá, seguido de Cundinamarca con el 7%. La positividad general encontrada en este periodo de tiempo fue del 26,8%, correspondientes a 183.376 casos identificados dentro del total de pruebas realizadas.

Sin embargo, departamentos como Caquetá, Vichada, Cauca, Cundinamarca, Norte de Santander, Boyacá y Bogotá presentaron índices de positividad más altos que el general. Los departamentos con menor índice de positividad fueron Quindío, Guainía y Sucre. Una característica

Ilustración 3. Cantidad de pruebas realizadas y su positividad por departamento

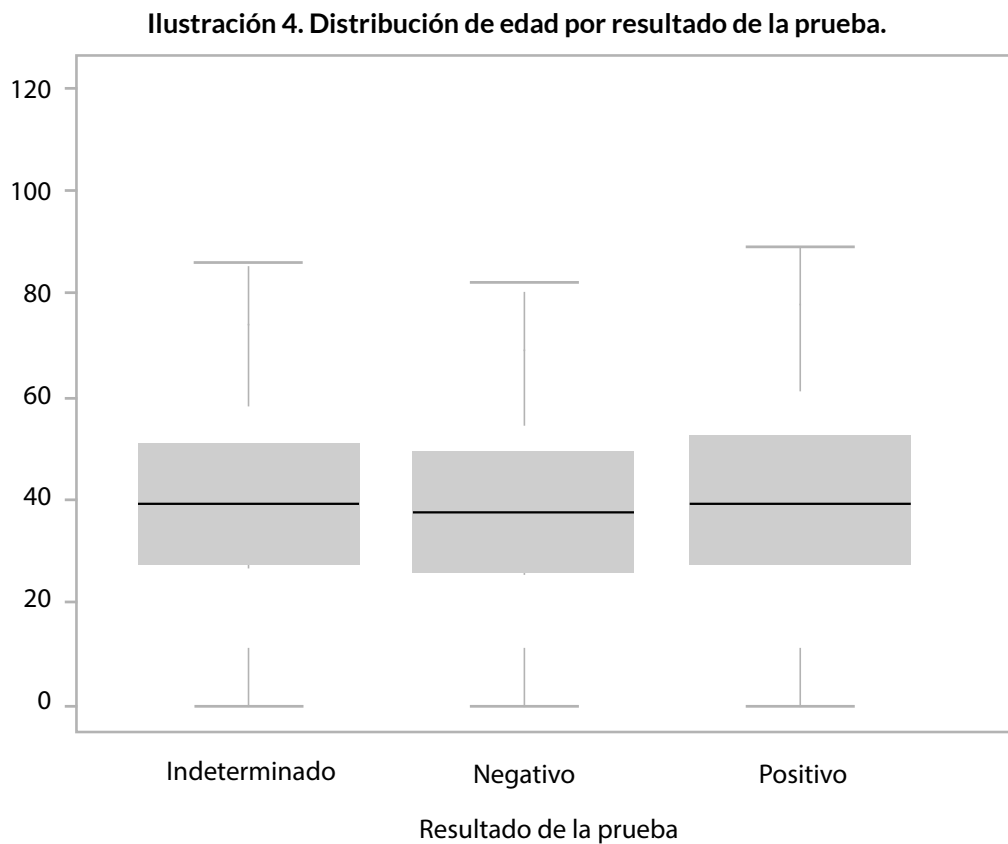


Fuente: autoría propia.

importante evidenciada por la proporción de individuos que fueron captados para la toma de la muestra, independientemente del resultado posterior, es que fueron sintomáticos o asintomáticos, identificando que a priori, el 50,4% ($n = 344.456$) estaban sintomáticos, mientras que 49,6% ($n = 339.037$) fueron asintomáticos. Ya, específicamente, dentro de los casos positivos, solo el 35,7% ($n = 65.519$) fueron sintomáticos (PortalSivigila2019 inicio, s. f.).

Se realizaron análisis bivariados con el fin de identificar potenciales relaciones entre las variables disponibles. En el caso de la variable edad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov $p < 0.05$), respecto al resultado de la prueba, se encontró una diferencia estadísticamente significativa (Kruskal-Wallis rank sum test $p < 0.05$), identificando que la edad fue ligeramente mayor en los casos positivos que en los negativos, siendo 38 y 36 años respectivamente (Kruskal-Wallis rank sum test $p < 0.05$, Dunn-Bonferroni Kruskal-Wallis multiple comparison Test, $p < 0.05$) (Zwick et ál., 1982).

Ilustración 4. Distribución de edad por resultado de la prueba.

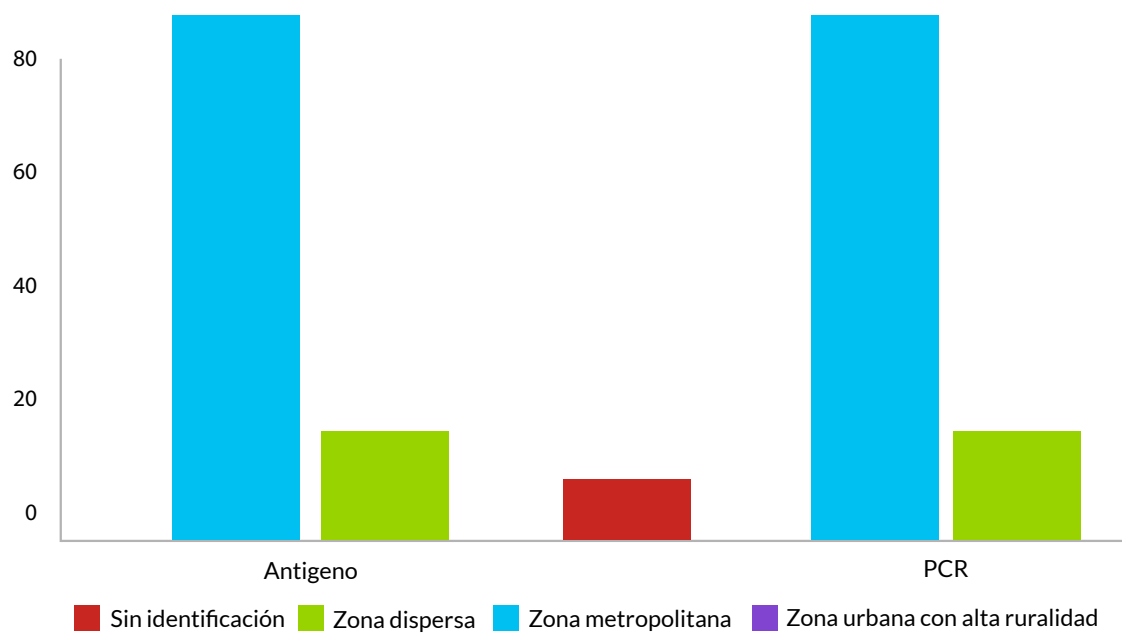


Fuente: autoría propia.

Al comparar el tipo de prueba realizada respecto al territorio donde fue aplicada, se encontró que, en las zonas con alta ruralidad, se aplicó una mayor proporción de pruebas de antígeno (17%), mientras que, en zonas metropolitanas, las pruebas de antígeno y RT-qPCR fueron realizadas proporcionalmente (Pearson's Chi-squa-

red test, $p < 0.05$). En las zonas con alta ruralidad y zonas dispersas, las pruebas de antígeno pueden ofrecer una alternativa frente a las limitaciones en temas de infraestructura y capacidad de procesamiento, resaltando la importancia de las pruebas rápidas en regiones donde hay un difícil acceso a tecnologías moleculares.

Ilustración 5. Proporción de pruebas realizadas de acuerdo con el territorio.



Fuente: autoría propia.

Algo similar a lo anteriormente descrito sucedió con el resultado de la prueba respecto al territorio. El mayor porcentaje de positividad entre los territorios se dio en las zonas con alta ruralidad con 28.8%, seguido por las zonas metropolitanas (Pearson's Chi-squared test, $p < 0.05$) (Karl Pearson y la prueba de Chi cuadrado en JSTOR, s. f.). Esto resalta la importancia potencial que tiene la adherencia a las estrategias de mitigación y bioseguridad, la densidad poblacional y la circulación de individuos en relación con una mayor probabilidad de infección y/o valor del Rt.

Limitaciones del Estudio

El estudio se ha realizado en el furor de la emergencia sanitaria, razón por la cual no se contó con evidencia disponible para realizar una discusión pertinente a la caracterización de pacientes y el alcance de estos resultados se limitan exclu-

sivamente a describir la población de estudio. Se recomienda indagar a profundidad el comportamiento de esta enfermedad de interés en salud pública para facilitar la toma de decisiones.

Conclusiones

El mayor número de pruebas como de resultados positivos se registran entre las edades de 25 a 44 años, evidenciándose una relación entre los casos para COVID-19 y una mayor edad.

Del total de individuos que fueron captados para la toma de la prueba, el 50,4% presentaba síntomas, sin embargo, esta proporción baja al 35,7% tomando solo a los casos positivos; lo cual demuestra que es fundamental continuar y fortalecer los procesos de captación de personas asintomáticas y presintomáticas mediante procesos eficientes de rastreo y seguimiento.

Se recomienda utilizar la prueba de antígeno como estrategia de diagnóstico poblacional, teniendo en cuenta que la diferencia en el desempeño de captación de negativos (78%), frente a la prueba RT-PCR (72%), es muy similar y puede ofrecer beneficios en tiempos de procesamiento y costos para el sistema de salud, no solo en las zonas con alta ruralidad y zonas dispersas, dadas sus limitaciones en temas de infraestructura y capacidad de procesamiento, sino también en las zonas metropolitanas del país.

El mayor porcentaje de positividad entre los territorios se dio en las zonas con alta ruralidad con 28.8%, seguido por las zonas metropolitanas; esto resalta la importancia potencial que tiene la adherencia a las estrategias de mitigación y bioseguridad, la densidad poblacional y la circulación de individuos en relación con una mayor probabilidad de infección y/o valor del Rt.

Referencias Bibliográficas

Coronavirus Colombia. (s. f.). Recuperado 5 de abril de 2022, de <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

Epidemiological, socio-demographic and clinical features of the early phase of the COVID-19 epidemic in Ecuador. (s. f.). Recuperado 5 de abril de 2022, de <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008958>

Gestoso-Pecellín, L., García-Flores, Y., González-Quintana, P., & Marrero-Arencibia, J. L. (2021). Recomendaciones y uso de los diferentes tipos de test para detección de infección por SARS-COV-2. *Enfermería Clínica*, 31, S40-S48. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.001>

Karl Pearson y la prueba de Chi cuadrado en JSTOR. (s. f.). Recuperado 5 de abril de 2022, de <https://www.jstor.org/stable/1402731>

Nuevas pruebas rápidas de antígenos podrían transformar la respuesta a COVID-19 en las Américas—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Recuperado 5 de abril de 2022, de <https://www.paho.org/es/noticias/14-10-2020-nuevas-pruebas-rapidas-antigenos-podrian-transformar-respuesta-covid-19>

PortalSivigila2019 inicio. (s. f.). Recuperado 5 de abril de 2022, de <http://portalsivigila.ins.gov.co/>
Prueba de Kolmogorov-Smirnov—Una visión general | Temas de ScienceDirect. (s. f.). Recuperado 5 de abril de 2022, de <https://www.sciencedirect.com/topics/earth-and-planetary-sciences/kolmogorov-smirnov-test>

Prueba de Kruskal-Wallis: Programa informático BASIC para realizar análisis unidireccionales no paramétricos de varianza y comparaciones múltiples en rangos de varias muestras independientes—ScienceDirect. (s. f.). Recuperado 5 de abril de 2022, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0169260786900817>

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. (s. f.). Recuperado 5 de abril de 2022, de <https://covid19.who.int>

Zwick, R., Neuhoff, V., Marascuilo, L. A., & Levin, J. R. (1982). Statistical tests for correlated proportions: Some extensions. *Psychological Bulletin*, 92(1), 258-271. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.1.258>

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y EMOCIONALES DE LOS NIÑOS Y JÓVENES QUE INGRESAN Y PERMANECEN EN UN GRUPO SCOUT EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

Isabella Marín Becerra¹, Felipe Martínez Heredia²

Resumen

El escultismo es un movimiento lúdico-social que permite formar a niños y jóvenes en los valores preponderantes de una sociedad. El objetivo de esta investigación es identificar las características socioculturales y emocionales de los niños y jóvenes que ingresan y permanecen en un grupo scout de la ciudad de Bogotá. Metodológicamente la investigación se abordó desde una perspectiva cuantitativa, transversal, descriptiva. Se utilizaron dos instrumentos, el primero es la encuesta TMMS-24 (Trait-Meta Mood Scale), que permite determinar la inteligencia emocional de los participantes; el segundo es un instrumento creado por los autores que determina aspectos socioculturales de la población a estudiar. Como hallazgo principal, se pudo evidenciar la importancia de los padres y/o familiares cercanos en el proceso de formación y apoyo que se le brindan a niños y jóvenes. Se muestra determinante el compromiso de los padres en la decisión del niño o joven de permanecer en el grupo.

Palabras clave: organización juvenil, educación ciudadana, educación extraescolar, actividad juvenil.

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 12-05-2022 | *Fecha de aceptado:* 11-07-2022

© 2022 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v4i1.647

¹Estudiante de Licenciatura en Lenguas Modernas, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C., Colombia.
Autor de correspondencia: Correo electrónico is_marin@javeriana.edu.co

²Estudiante de Licenciatura en Lenguas Modernas, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C., Colombia.
Correo electrónico martinezh.f@javeriana.edu.co

SOCIO-CULTURAL AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND TEENAGERS THAT JOIN AND REMAIN IN A BOGOTÁ SCOUT GROUP

Abstract

Scouting is a playful-social movement that allows teenagers and children to be educated in the preponderant values of a society. The objective of this research is to identify the socio-cultural and emotional characteristics of the teenagers and children that join and remain in a Bogotá Scout group. Methodologically, this research was approached from a quantitative perspective, transversal, descriptive. Two instruments were used, the first one was the TMMS-24 survey (Trait-Mega Mood Scale) that allows to determine the emotional intelligence of participants; the second one is an instrument created by the authors that determine socio-cultural aspects of the population to be studied. As main finding, it was possible to evidence the importance of parents and / or close relatives in the process of training and support provided to children and teenagers. Parents' commitment is decisive in the child or young person's decision to remain in the group.

Keywords: youth organizations, civic education, out of school education, youth activities.

Introducción

“El movimiento Scout, fundado en el año de 1907 por Baden Powell en Inglaterra, es una organización que se basa en un proyecto educativo dirigido a niños y jóvenes con el objetivo de promover su educación integral y su implicación social. El escultismo trabaja con y para la infancia y la juventud con la ilusión de construir un mundo mejor a través del liderazgo entre iguales” (Scout, 2017). El movimiento scout es una filosofía de vida en la que se enseña el respeto por la naturaleza, la tolerancia, la igualdad, el compañerismo, la actividad física y la capacidad de superar adversidades e incomodidades (Vida Alterna, 2020).

Desde 1931, que inició el movimiento formalmente en Colombia, son muchos los niños y jóvenes que han crecido y han forjado su carácter y mejores experiencias de vida bajo la observación de estos grupos, los cuales sin mucho apoyo estatal han logrado permanecer y perdurar a través del paso del tiempo. Este movimiento busca mejorar formas de convivencia, fomentar responsabilidad y valores éticos, y crear relaciones respetuosas con la naturaleza.

El pertenecer durante siete años a uno de los más tradicionales grupos Scout de la ciudad de Bogotá, en el que crecí y transcurrió el paso de mi infancia a mi adolescencia, me genera cuestionamientos sobre las características de los niños y jóvenes que pertenecen a estos grupos. La experiencia vivida de muchos niños que ingresan entusiasmados, muchos se quedan a través del tiempo y se constituyen en un gran aporte para el grupo, pero otros se van sin dar mayores explicaciones, despierta en mí múltiples cuestionamientos.

De manera que el objetivo de la investigación sobre la cual se desarrolló el presente artículo fue: identificar las características socioculturales y los niveles de inteligencia emocional de los

niños y jóvenes de un grupo scout de la ciudad de Bogotá, con el fin de generar estrategias que disminuyan la deserción.

Metodología

Se utilizó una metodología cuantitativa-transversal-descriptiva, que incluyó una muestra de 20 niños y jóvenes que hubieran ingresado y permanecido en el grupo Scout de forma activa por al menos un año.

Instrumentos: se utilizaron dos instrumentos

1. Instrumento de caracterización

sociocultural: este instrumento se elaboró con base en cuatro aspectos: 1. Datos generales de identificación del informante, 2. Aspectos del entorno social del scout, 3. Aspectos del medio familiar y 4. Relación del scout con su entorno familiar.

2. Instrumento TMMS (Trait-Meta Mood

Scale): de acuerdo con el Blog “Inteligencia emocional (2013)”, la TMMS-24 está basada en el Trait-Meta Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas.

Consideraciones éticas

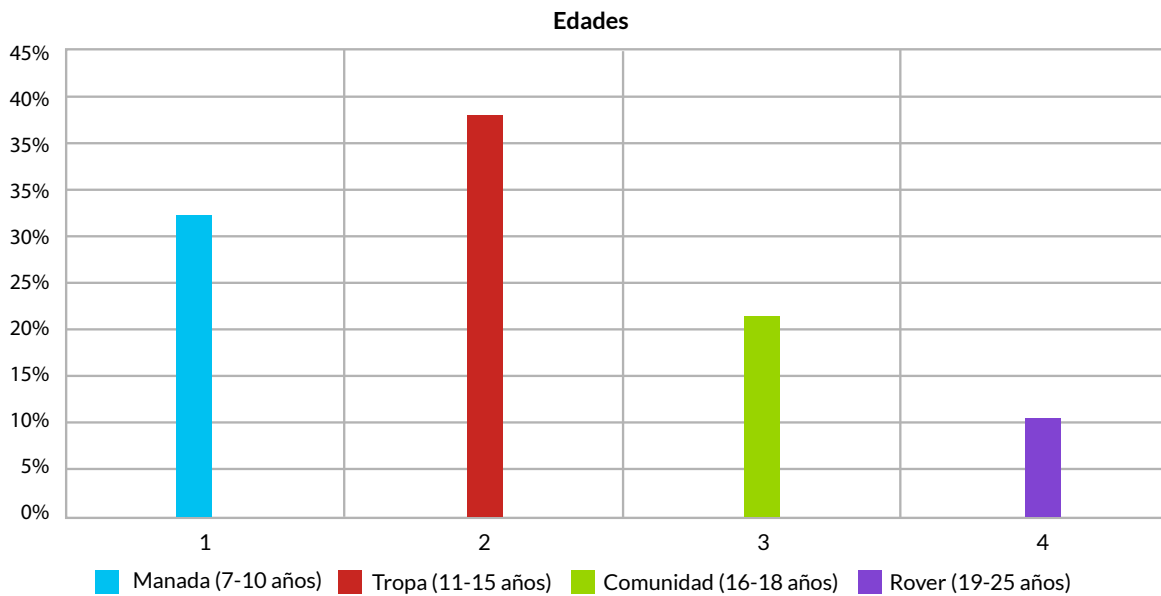
Teniendo en cuenta que la población es, en su mayoría, menores de edad, se les informa a los padres de familia sobre los aspectos generales de la investigación y se les pide firmar un consentimiento informado y asentimiento informado en reconocimiento de los menores de edad. De acuerdo con la resolución 008430 de 1993, la investigación se clasifica de “Riesgo Mínimo”.

Resultados

Se realizó la aplicación de los instrumentos a la población estudiada, después de obtener el consentimiento informado de los padres de familia. Se recolectó la información durante las semanas comprendidas entre el 18 de agosto y 1 de septiembre de 2018, donde se aprovechó la reu-

nión semanal del grupo scout para recolectar la información con el apoyo del dirigente del grupo y algunos jefes que facilitaron el espacio de tiempo para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos. Luego de tener toda la información, se tabularon los resultados en un archivo Excel versión 16.0.

Gráfica No.1



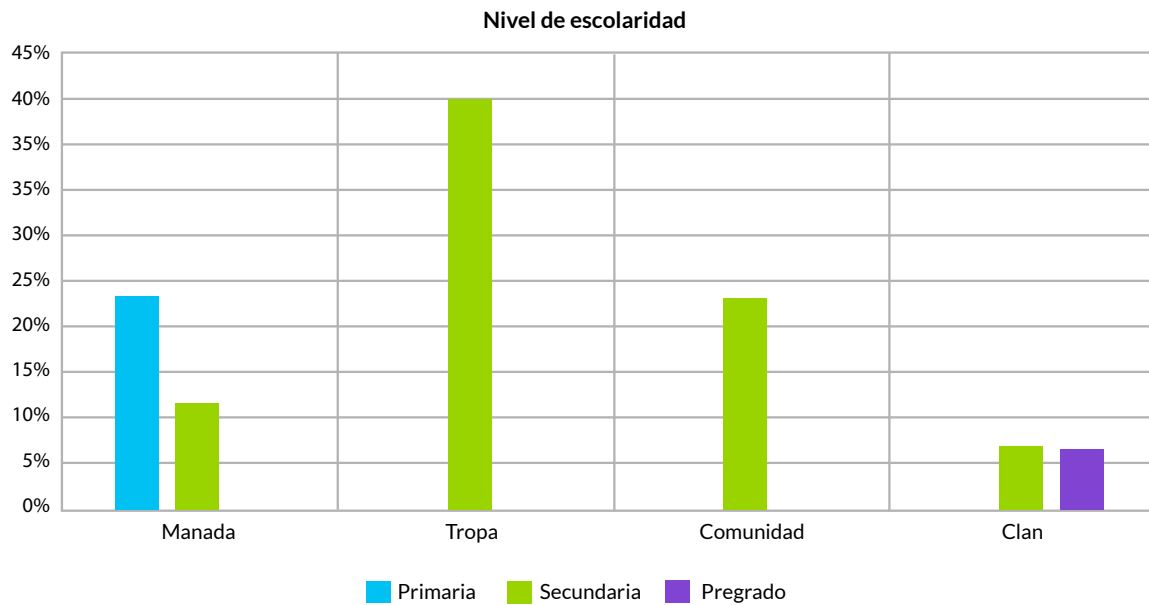
Fuente: Elaboración propia.

Rangos	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Manada (7-10 años)	6	6	30%
Tropa (11-15 años)	8	14	40%
Comunidad (16-18 años)	4	18	20%
Rover (19-25 años)	2	20	10%

De acuerdo con esta gráfica se encontró un 30% de la población encuestada en edades entre los 7 a 10 años, o sea en la fase de “Manada”, un 40% en edades de 11 a 15 años, o en fase de “Tro-

pa”, el 20% entre los 16 a 18 años o en fase de “Comunidad” y el restante 10% entre los 19 y 25 años o en fase de “Clan o Rover”.

Gráfica No.2



Fuente: Elaboración propia.

Nivel de escolaridad	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	
Primaria	4	20%	0	0%	0	0%	0	0%	20%
Secundaria	8	10%	4	40%	1	20%	1	5%	75%
Pregrado	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	5%
Total									100%

³La rama de Manada es la rama del escultismo más baja, la cual tiene niños entre los 7 y los 10 años.

⁴La rama de Tropa es la rama del escultismo de la cual hacen parte niños y jóvenes entre los 10 años y los 15 años.

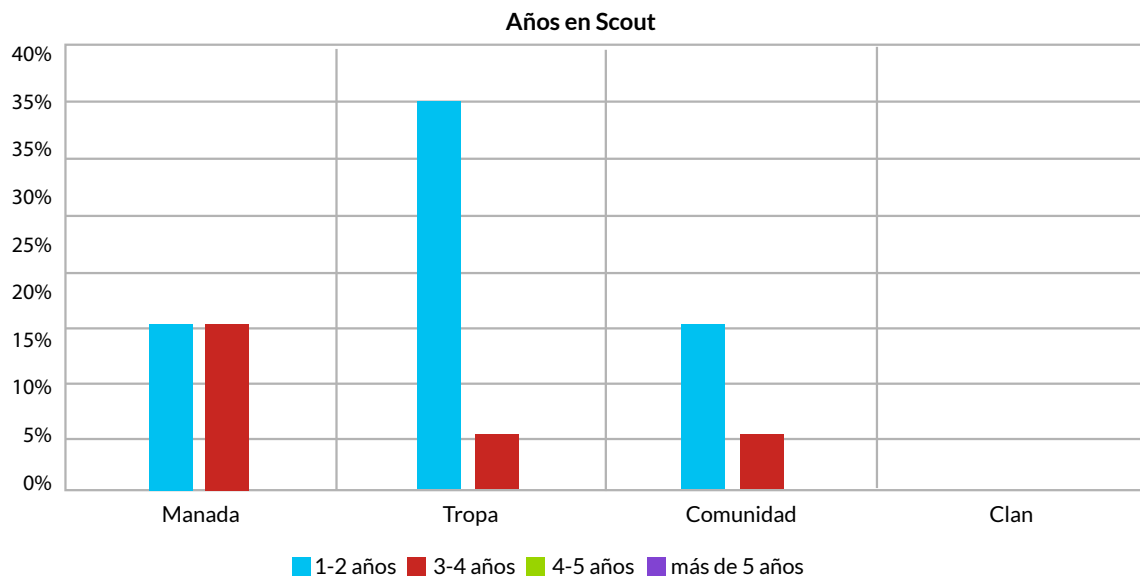
⁵En la rama de Comunidad hay jóvenes entre las edades de 15 y 18 años.

⁶La rama de Clan o Rover es la rama más alta del escultismo, antes de la jefatura, y está conformado por scouts de las edades entre los 18 y 21 años.

De acuerdo con la gráfica número dos, se puede evidenciar que, en Manada, el 20% de la población encuestada está cursando primaria y el 10% está empezando secundaria. En Tropa, el 40% de la población total está cursando secundaria. En Comunidad, el 20% de la población total está cursando y/o finalizando secundaria.

En Clan, por otro lado, su población se divide a la mitad: dejando el 5% de ella en pregrado y el otro 5%, cursando o finalizando secundaria. Se puede observar un importante predominio de estudiantes cursando y/o finalizando la secundaria.

Gráfica No.3



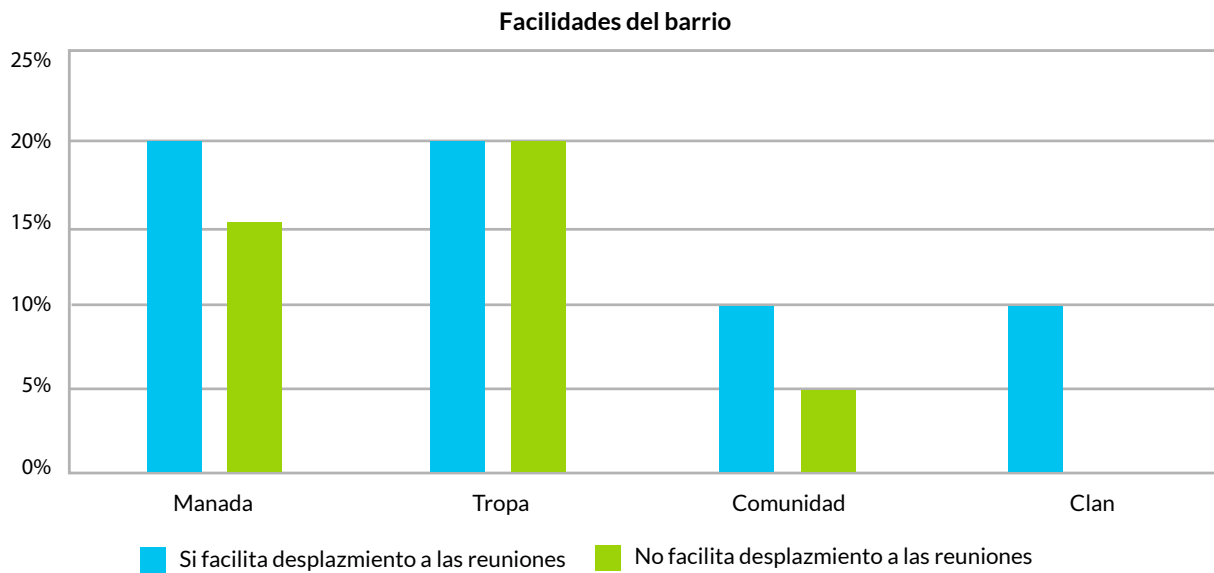
Fuente: Elaboración propia.

Años	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	
1-2 años	3	15%	7	35%	3	15%	0	0%	65%
3-4 años	3	15%	1	5%	1	5%	0	0%	25%
4-5 años	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Más de 5 años	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	10%

Según la gráfica número tres, se puede evidenciar que el grupo de Manada es el que cuenta con el mayor nivel de pertenencia al grupo, es decir, el 30% del grupo ha permanecido de 1 a 4 años. Sin embargo, para el grupo de Tropa se observa en un 35% una estabilidad de perma-

nencia por hasta dos años. El grupo de Clan es el que cuenta con el mayor número de años de permanencia en el grupo, con más de cinco años. La mayoría de la población encuestada, en todas las ramas, ha estado en Scout de 1 a 2 años.

Gráfica No.4



Fuente: Elaboración propia.

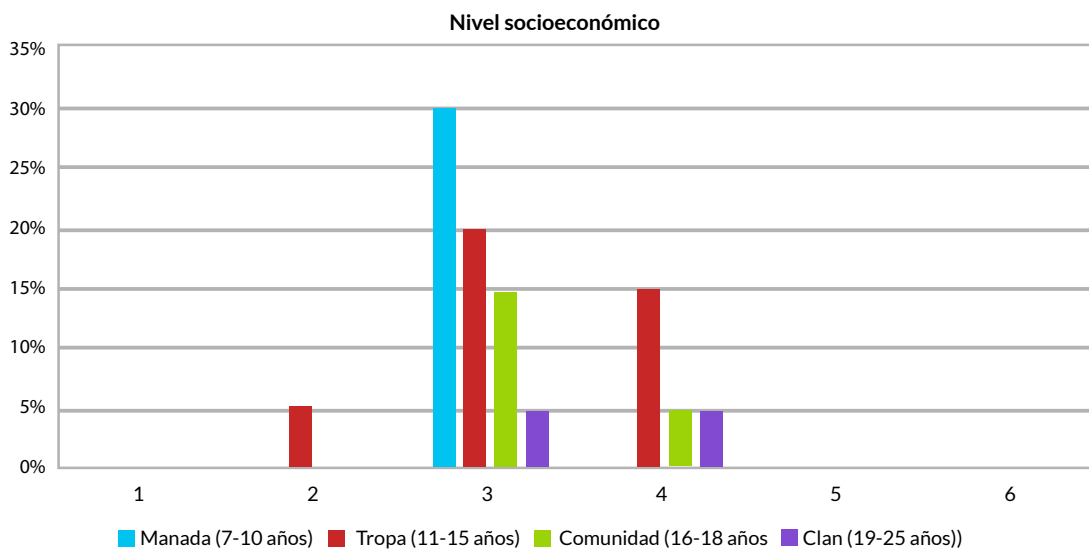
Facilidades del barrio	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	
Si facilita desplazamiento a las reuniones	4	20%	4	20%	3	10%	2	10%	60%
No facilita desplazamiento a las reuniones	3	15%	4	20%	1	5%	0	0%	40%

Según el gráfico número cuatro, se puede analizar que en Manada el 20% de la población encuestada manifiesta facilidad de desplazamiento para llegar a la reunión semanal de Scout por su lugar de residencia, mientras que el 15% de la población restante de manada, manifiesta dificultad de desplazamiento a las reuniones. En Tropa, la dificultad para llegar al sitio de reunión la manifiesta el 20% de la población encuestada, mientras que el 20% restante afirma tener mayor facilidad. En Comunidad, al 15% de la población se les facilita el desplazamiento a las reuniones, por el contrario, al 5% restante se le

dificulta su desplazamiento. Finalmente, al 10% de la población sobrante se le facilita el desplazamiento.

Se puede evidenciar con base en esto, que a la mayoría de la población encuestada se les facilita el desplazamiento a las reuniones. Sin embargo, se observa un aumento en el grado de dificultad de desplazamiento en la rama de tropa. Esto puede deberse a que, en esta edad, los jóvenes están una etapa de pre adolescencia y no pueden desplazarse solos al sitio de reunión.

Gráfica No.5



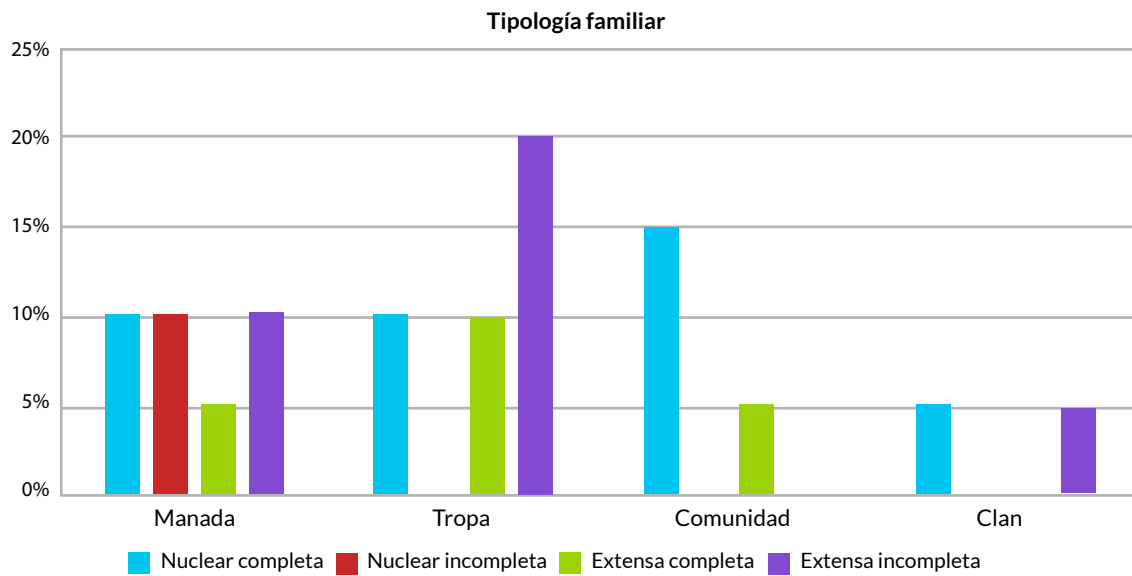
Fuente: Elaboración propia.

Nivel socioeconómico	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	
1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
2	0	0%	1	5%	0	0%	0	5%	5%
3	0	30%	4	20%	3	15%	1	20%	70%
4	0	0%	3	15%	1	5%	1	15%	25%
5	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%

En la gráfica número cinco se puede evidenciar que el mayor porcentaje de miembros del grupo Scout de estudio pertenecen al estrato tres y cuatro.

po Scout de estudio pertenecen al estrato tres y cuatro.

Gráfica No.6



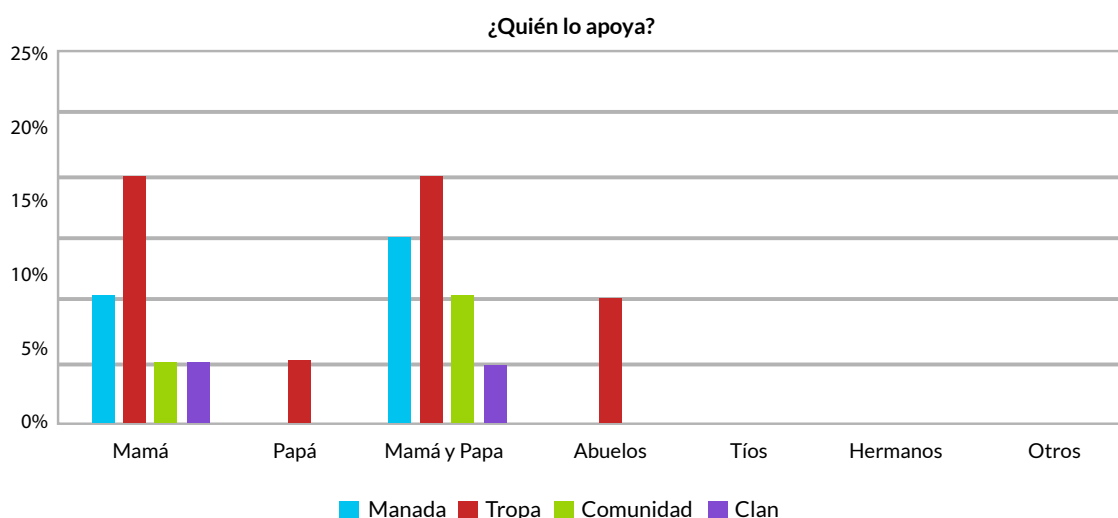
Fuente: Elaboración propia.

Tipología Familiar	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	
Nuclear completa	2	10%	2	10%	3	15%	1	5%	40%
Nuclear incompleta	2	10%	0	0%	0	0%	0	0%	10%
Extensa completa	1	5%	2	10%	1	5%	0	0%	20%
Nuclear incompleta	2	10%	4	20%	0	0%	1	0%	30%

De la gráfica número seis, se puede analizar que el 40% de la población encuestada vive en una familia nuclear completa, el otro 10% pertenecen a una familia nuclear incompleta, el 20%, a una extensa completa y, finalmente, el 35% restante de esta población encuestada en Manada, es de una familia extensa incompleta. La mayoría de las familias de los encuestados pertenecen a

familias nucleares completas, seguidas por familias extensas incompletas. Esto hace referencia a que, aunque predomina la familia nuclear compuesta por ambos padres e hijos, hay un alto porcentaje de familias extensas incompletas, con todo lo que implica la ausencia de uno de los padres en la vida de los niños y jóvenes

Gráfica No.7



Fuente: Elaboración propia.

¿Quién lo apoya?	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	
Mamá	2	10%	4	20%	1	5%	1	5%	20%
Papá	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	75%
Papá y Mamá	3	15%	4	20%	2	10%	1	5%	5%
Abuelos	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	100%

⁷ Una familia nuclear completa se conforma de ambos padres con sus hijos solteros menores de 18 años o mayores de esta edad, pero sin dependientes en el hogar.

⁸ Una familia nuclear incompleta que se conforma de un solo padre o madre con sus hijos solteros menores de 18 años o mayores de esta edad, pero sin dependientes en el hogar.

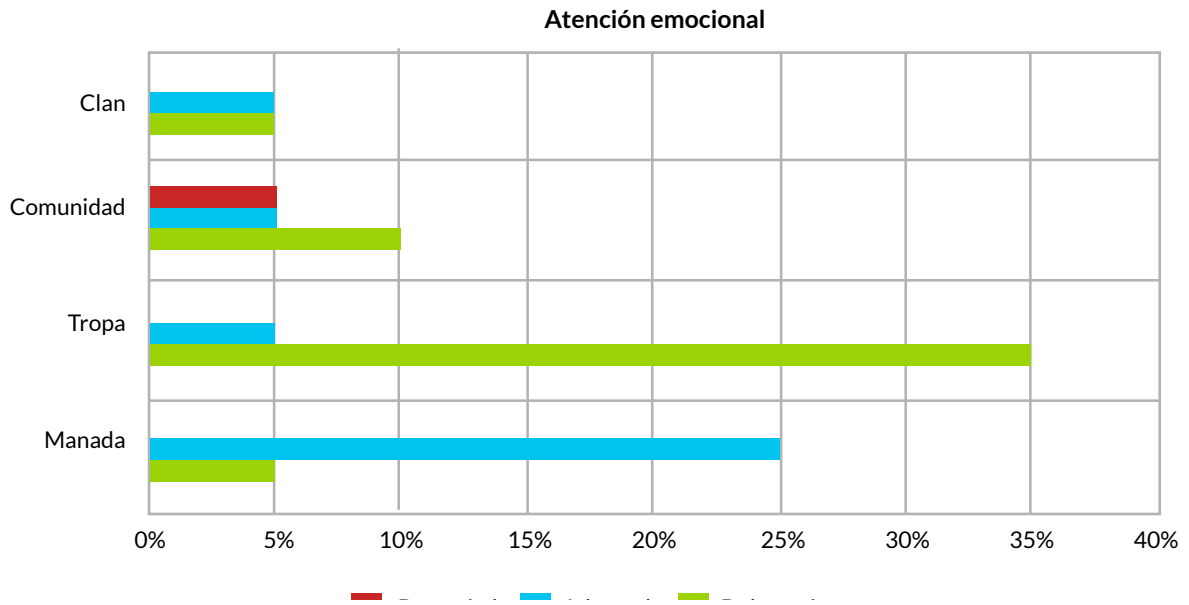
⁹ La familia extensa completa se conforma de una familia nuclear completa y otros parientes diferentes a cónyuge e hijos solteros.

¹⁰ La familia extensa incompleta se conforma de un solo padre o madre con sus hijos solteros menores de 18 años o mayores de esta edad, pero sin dependientes en el hogar y otros parientes diferentes a cónyuge e hijos solteros.

En la gráfica número siete se puede ver que el 40% de los integrantes encuestados es apoyado para pertenecer al grupo por sus mamás, segui-

do por un 50% de apoyo brindado por papá y mamá y, en un menor porcentaje, 5% por la figura paterna y 5% por abuelos. •

Instrumento TMMS-24
Gráfica No.8



Fuente: Elaboración propia.

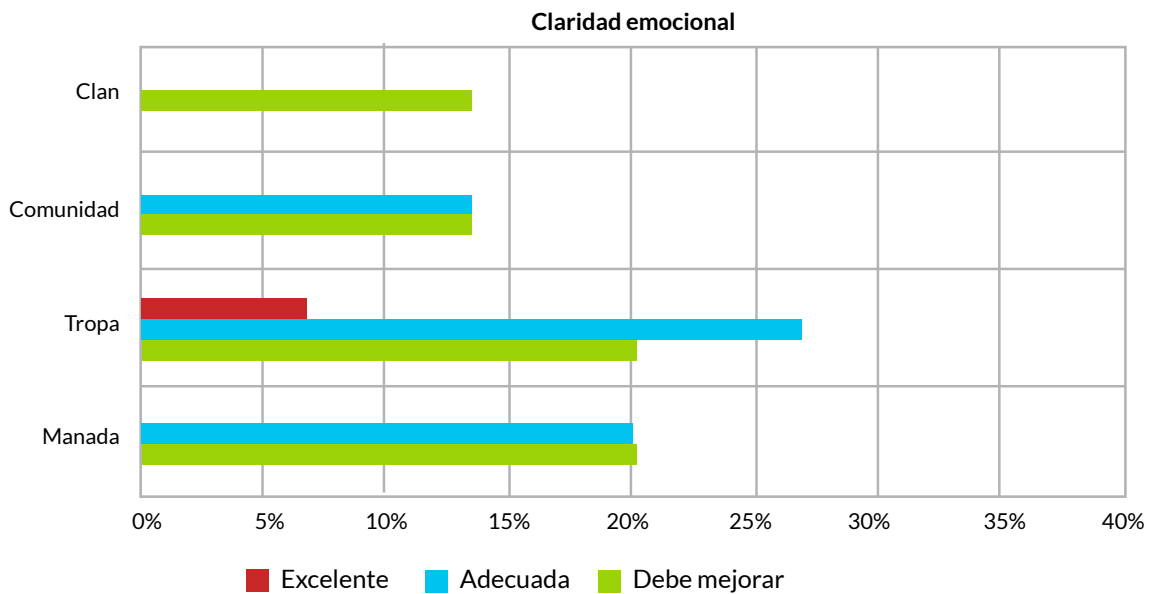
Atención Emocional	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	
Debe mejorar	1	5%	7	35%	2	1%	1	5%	55%
Adecuada	5	25%	1	5%	1	5%	1	5%	40%
Demasiada	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	5%

¹¹La atención emocional es según los autores del instrumento de evaluación de inteligencia emocional TMMS-24, "la capacidad que tiene una persona de atender a sus sentimientos de manera adecuada." (Fernández Berrocal et al., 2004)

Según la gráfica número ocho, se puede evidenciar que, en general, un 40% de la población encuestada califica como “adecuada” la atención emocional, mientras que un 55% de los integrantes del grupo debe mejorar su atención emocional. Llama la atención que son los más jóvenes, Manada, los que en mayor porcenta-

je (25%) son capaces de sentir y expresar una emoción de manera adecuada; cuando se pasa a Tropa baja considerablemente esa capacidad (5%). Esto puede deberse al paso de la niñez a la adolescencia, donde se hace más difícil entender las emociones.

Gráfica No.9



Fuente: Elaboración propia.

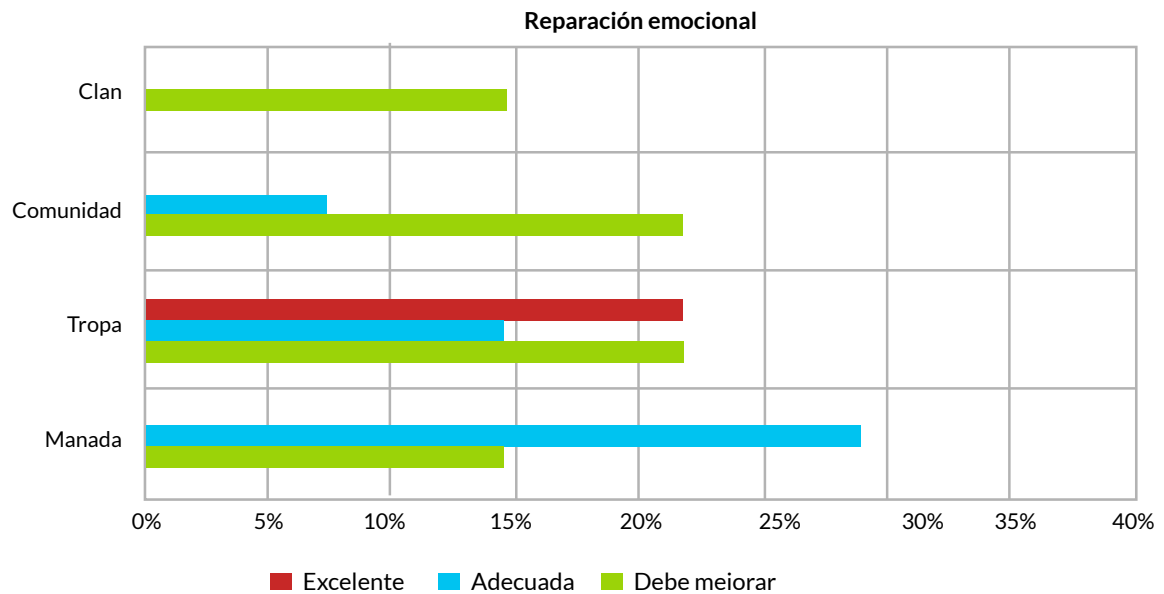
Claridad	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	%
Debe mejorar	3	15%	3	15%	2	10%	0	0%	40%
Adecuada	30	15%	4	20%	2	10%	2	10%	55%
Demasiada	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	5%

¹²La claridad emocional, según los autores de la prueba TMMS-24, es la capacidad de “comprender bien mis estados emocionales” (Fernández Berrocal et al., 2004).

De la gráfica número nueve, se puede inferir que el mayor porcentaje del grupo (55%) muestra un nivel adecuado de claridad emocional : “adecuada”, seguida de un 40% en donde clasifica como “Debe mejorar”. Es decir, en todas las ramas, los

encuestados manifiestan comprender bien sus estados emocionales, aunque la clasificación “debe mejorar” también se muestra significativamente relevante, especialmente en las ramas de Manada (15%) y Tropa (15%).

Gráfica No.10



Fuente: Elaboración propia.

Reparación Emocional	Manada		Tropa		Comunidad		Clan		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	%
Debe mejorar	2	10%	3	15%	3	15%	0	0%	40%
Adecuada	4	20%	2	10%	1	5%	2	10%	45%
Demasiada	0	0%	3	15%	0	0%	0	0%	15%

¹³La reparación emocional, según los autores de la prueba TMMS-24 hace referencia a “ser capaz de regular los estados emocionales de forma adecuada” (Fernández Berrocal et al., 2004)

Según la gráfica número diez, encontramos el mayor porcentaje (45%) en el nivel “adecuado” de reparación emocional. Aunque este representa mayoría, se encontró un 40% en el nivel “Debe mejorar”, especialmente en ramas como Tropa (15%) y Comunidad (15%).

Discusión

Este estudio buscó las características en común que se reconocían entre los niños y jóvenes de un grupo scout ubicado en la ciudad de Bogotá, con el fin de analizar sus condiciones y proponer formas de mejorar la permanencia de los niños a través del tiempo. Por medio de una encuesta de inteligencia emocional, se pudo determinar que los niños más jóvenes tienen los niveles más altos en cuestión de reconocer sus sentimientos y emociones, y expresarlos. Sin embargo, son los más adultos (Clan) los que son capaces de regular de manera adecuada lo que sienten, es, probablemente, debido a la experiencia y al paso del tiempo que han conseguido aprender esto.

Se han encontrado estudios que también se refieren al término de inteligencia emocional, sin embargo, ninguno de ellos en una población Scout, ni una población con un rango de edad tan amplio y, tampoco, con el objetivo de disminuir los niveles de deserción que se tienen. En los estudios realizados con anterioridad son minoría los casos en los que se han involucrado a los Scouts como grupo específico, como lo es el caso de esta investigación. Se les ha referido como un movimiento en general.

Por otro lado, en las investigaciones hechas con respecto al movimiento scout se ha mencionado, al igual que en esta investigación, los beneficios y el impacto que tiene el movimiento Scout sobre los niños y jóvenes sin importar la edad o nacionalidad. “En primer lugar, el Movimiento Scout es un Movimiento educativo y no sólo un simple “entretenimiento”. El fin es poder formar a los niños, jóvenes y adultos, más no entreteñerlos” (Valencia A., 2013).

En este estudio, al igual que en el estudio realizado por Valencia, se realizaron encuestas a los integrantes de un grupo Scout en específico y de esta manera se han podido determinar los resultados de cada investigación. Mientras que en el estudio de Valencia se realizaron encuesta con preguntas más abiertas, en la presente investigación, las preguntas se basan en selección múltiple o respuestas cerradas.

Esta investigación coincide con parte de las conclusiones realizadas en el estudio de César Ramos Salazar titulado “Sentido de comunidad en movimiento Scout: contribución a la colectividad en la sociedad” en el cual expresa la importancia de la comunidad y el sentido de pertinencia en los jóvenes integrantes del mismo: “la concepción de comunidad y su sentido es relativamente homogéneo en los miembros del movimiento Scout, esto es debido a que plantean ideas similares en torno a la percepción de sentirse parte de una primera comunidad llamada que es el grupo de pares o amigos que pertenecen a un mismo grupo Scout” (Ramos C., 2014).

Conclusiones

La mayoría de la población encuestada se encuentra entre los 10 y los 15 años y pertenecen a la rama de Tropa, se encuentra cursando o finalizando secundaria. La mayoría de los encuestados pertenece a una familia nuclear completa, aunque se encuentra un gran porcentaje de familias extensas incompletas de estrato tres.

El apoyo brindado a los niños y jóvenes pertenecientes a Scout proviene en su mayoría de ambos padres, y este consiste en brindar transporte, dinero para actividades y motivación para participar. Sin embargo, existe un alto porcentaje de niños que reciben apoyo únicamente de su madre, seguido de parientes como abuelos.

En cuanto a las características emocionales, encontramos que son los más chicos los que poseen mejores habilidades para sentir y expresar los sentimientos, pero que, al empezar a crecer y a desarrollarse, esta característica disminuye notoriamente.

Al analizar la comprensión que los niños y jóvenes tienen de sus estados emocionales, encontramos que en todas las ramas los encuestados manifiestan comprender bien sus estados emocionales; aunque la clasificación “debe mejorar” también es significativamente relevante.

Cuando vemos la capacidad que tienen los niños y jóvenes de regular sus estados emocionales en forma adecuada, podemos observar que ninguna rama está en capacidad de hacerlo. Solo la rama de Clan (por encima de 18 años) alcanza apenas un grado “adecuado”. Es decir, al parecer, es lo más difícil de realizar y solo con la edad y la experiencia esta capacidad se logra desarrollar.

Recomendaciones

- Se necesita generar un aumento en el sentido de la pertenencia con el grupo.
- Es necesario conocer a cada una de las familias y no solo por parte del jefe de grupo, sino que cada jefe de rama debe ser el líder en este proceso.
- Involucrar en las actividades a los padres de familia y acompañantes de los niños para que ofrezcan sus conocimientos y habilidades al fortalecimiento del grupo. Por ejemplo, invitar a padres conocedores de algún área en específico para hacer capacitaciones a los niños y jóvenes.
- Involucrar también a los padres en procesos de formación y capacitación para demostrar que la organización se interesa en ellos, una vez los padres entiendan a profundidad la importancia del movimiento, generará motivos para apoyar a sus hijos.
- Celebrar la participación de motivación no solo de los niños, sino también a los padres, por medio de insignias y pañoletas a estos últimos; por ejemplo, la insignia de “Mamá koala”.
- Generar estrategias para fortalecer el vínculo de amistad entre los niños y jóvenes.

Agradecimientos

El agradecimiento de este trabajo va dirigido al grupo Scout 58 Stephenson que fue un apoyo indescriptible para este proyecto. Han permitido generar vínculos de por vida con personas maravillosas. Agradezco, también, a la jefe de grupo Claudia Marcela Molina Camelo, quien, con todo el cariño y la paciencia del mundo, me acogió en el grupo la primera vez que llegué, permitiendo sentirme cómoda en un entorno desconocido en ese entonces. Agradezco a Daniel Becerra, quien se encargó de mostrarme el mundo del escultismo, permitiéndome descubrir nuevas fortalezas en mí misma y a desarrollar habilidades sociales.

Agradezco también al Colegio Campestre Monte Cervino, quienes formaron parte del desarrollo de este trabajo y del asesoramiento de este proyecto. En especial a las profesoras Lilia Pilín Beltrán, Arkerla Marjorie Serrano Grisales y Sylvia Rojas Sarmiento, quienes estuvieron presentes de manera constante en la elaboración de esta investigación.

Referencias Bibliográficas

- Barraca J. & Fernández A. (2022). La inteligencia emocional como predictora de la adaptación psicosocial en el ámbito educativo. resultado de una investigación empírica con estudiantes de la comunidad de Madrid. <http://jorgebarraca.com/wp-content/uploads/La-Inteligencia-Emocional-como-predictora-de-la-adaptaci%C3%B3n-psicosocial-en-el-ambito-educativo.pdf>.
- Calvo Meléndez I. (2021). El movimiento scout integrado en la educación formal en la etapa de educación infantil. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47819>
Emotional.intelligence.uma.es. TMMS-24. <https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf78.pdf>
- Fernández Berrocal P., Extremera N. & Ramos N. (2004). Prueba TMMS-24. Emotional.intelligence.uma.es.: <https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf78.pdf>.
- González Sarmiento C. (2020). Redes de solidaridad en el Movimiento Scout. <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/3819>
- Iriarte Munarriz, L. (2014). Las competencias emocionales en niños y niñas de 10 a 12 años. <https://hdl.handle.net/2454/14364>
- Moscoso A. (2007). Adaptación psicológica y social en estudiantes e inteligencia emocional. <http://psiqu.com/1-3445>
- Orellana Contreras C., Herrera Ponce P., Padilla Ballesteros E. & San Juan C. (2007). Movimiento scout e identidad en adolescentes desde las vivencias de jóvenes y adultos en el esculismo (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano). <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/2351>
- Quetgles Pons B. (1975). El esculismo: movimiento de Pedagogía del tiempo libre. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11162/16833>
- Ramón J. A. (2020). Influencia del movimiento “Scout” como opción de tiempo libre en la mejora del rendimiento académico, la autoestima, las habilidades sociales y la adquisición de valores en la etapa de secundaria (disertación doctoral), Universidad de Almería.
- Ramos Salazar C. (2014) Sentido de Comunidad en Movimiento Scout: Contribución a la colectividad en la Sociedad. http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/224/1/Ramos%20Salazar_Cesar%20E..pdf
- Repositorio Institucional de la Universidad Politécnica Salesiana de Ecuador (2022). Comunicación, imaginarios y simbólica entorno al movimiento Scout. Caso grupo Scout San Pedro Nolasco. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5885/6/UPS-QT04211.pdf>.

Salazar R. & César E. (2014). Sentido de Comunidad en Movimiento Scout: Contribución a la colectividad en la Sociedad. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/224>

Scout (2017). Construir un mundo mejor. ASDE, España. <http://scout.es/quienes-somos/organizacion/>

Valencia Arcos A. (2013) Comunicación, imaginarios y simbólico entorno al movimiento scout. Caso grupo scout san pedro nolasco n.22. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5885/6/UPS-QT04211.pdf>

Vida Alterna (2020). Objetivos del movimiento scout. http://www.peques.com.mx/objetivos_del_movimiento_scout.html

EL AUTOCUIDADO, UNO DE LOS REQUISITOS PARA EL BUEN CUIDADO EN SALUD MENTAL

Patricia Elena Dueñas Granados¹

El cuidado de sí es “un privilegio - deber, un don - obligación que nos asegura la libertad obligándonos a tomarnos a nosotros mismos como objeto de toda nuestra diligencia” (Foucault y Albuquerque, 2020).

Resumen

Este escrito presenta medidas para la preservación del talento humano de enfermería, unas orientadas a su contexto y otras que emanan del interior de los enfermeros, como el autocuidado; continúa documentando algunos conceptos de autocuidado y algunos argumentos respecto al impacto favorable de este en la calidad del cuidado brindado por los enfermeros, para finalmente concluir con base en lo planteado y sugerir acciones a futuro por parte de la academia en general, de los profesores y estudiantes.

Palabras clave: autocuidado, enfermeras y enfermeros, salud mental

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 10-05-2022 | Fecha de aceptado: 12-07-2022

© 2022 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v4i1.644

¹Enfermera. Docente de la Escuela de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
patricia.duenas@juanncorpas.edu.co

SELF-CARE, ONE OF THE REQUIREMENTS FOR GOOD MENTAL HEALTH CARE

Abstract

This paper presents measures for the preservation of human nursing talent, some oriented to its context and others that emanate from within nurses, such as self-care; continues documenting some concepts of self-care and some arguments regarding the favorable impact of self-care on the quality of care provided by nurses, to finally conclude based on what was stated and suggest future actions by the academy in general, teachers and nurses students.

Keywords: self care, nurses, mental health

Introducción

Tres de las diez direcciones futuras en las políticas para el personal de enfermería contempladas por la OMS son: incrementar la financiación para formar y emplear por lo menos 5,9 millones de profesionales en los países con escasez de enfermeros; supervisar la movilidad y migración eficaz, responsable y éticamente; y coordinar las acciones en apoyo del trabajo decente, desde los responsables de formular políticas, los empleadores y las instancias de reglamentación (OMS, 2020). Estas direcciones ponen de manifiesto la importancia de lograr suficiencia, distribución equitativa y disponibilidad del talento humano de enfermería.

Para lograr que los enfermeros formados se encuentren disponibles, es importante realizar esfuerzos para preservarlos (formarlos, motivarlos, cuidar su bienestar y salud integral, remunerarlos justamente, velar por su permanencia en el país que lo formó y en la profesión).

La preservación del talento humano de enfermería debería ser una prioridad visible de organismos internacionales, gobiernos, rectores de los sectores educativo y de salud, de la academia, de administradores y prestadores de servicios de salud, de organizaciones de enfermería, enfermeros y usuarios. La OMS, desde su visión, plantea preservar el talento humano de enfermería, entre otros, desde su contexto, haciendo los entornos laborales más propicios para el ejercicio profesional, mejorando su dotación, seguridad ocupacional, remuneración y disminuyendo su exposición a acoso, violencia y discriminación, especialmente, en quienes trabajan en entornos frágiles, vulnerables y en situación de conflicto (OMS, 2020).

Desde una perspectiva diferente, otros autores se refieren a la preservación de los seres que conforman el recurso humano de enfermería, desde su interior o desde sí mismos, mediante el autocuidado.

El autocuidado

El autocuidado se ha definido en varios rangos de amplitud. Desde el más amplio y en perspectiva de Foucault, el autocuidado no es solo una idea, sino una serie de ocupaciones dirigidas hacia el logro de la libertad para elegir lo que es mejor para sí, esto compromete todos los ámbitos del ser y de su entorno, obliga al autoconocimiento (tener conciencia de lo que ocurre en el interior, en el pensamiento, entre otros) e implica un trabajo, a lo largo de la vida, que demanda ejercicio en sí mismo, tiempo y acción para transformar el propio ser; así como también, una actitud de respeto hacia sí mismo, los otros y el mundo (Ross et ál., 2019).

En el marco de este concepto, se transforma la persona y en el ejercicio de su libertad se transforma el entorno, puesto que este es determinante para lograr lo mejor para sí.

En rangos menos amplios, el autocuidado ha sido definido, entre otros, como: “la práctica de participar en actividades relacionadas con la salud y tener comportamientos que la promuevan para adoptar un estilo de vida más saludable y mejorar el bienestar” (Lubinska-Welch et ál., 2016, p. 2); “una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales...para regular los factores que afectan su propio funcionamiento y desarrollo” (Orem y Savannah, 1993, p.131); una expresión de valoración del propio cuerpo, mente y espíritu y de búsqueda de sentimientos de responsabilidad por la propia salud (Lubinska-Welch et ál., 2016).

En síntesis, el autocuidado nos exige autoconocimiento, toma de decisiones y acción, frente al cuerpo, mente, espíritu, relaciones y entorno. En nuestra cultura, el autocuidado de la mente, el espíritu, las relaciones y el entorno requiere ser revalorado, puesto que ha sucumbido ante el autocuidado del cuerpo y de la salud física. Dicha revaloración implica dar un lugar de prioridad al autoconocimiento, toma de decisiones de mejoramiento y a la toma de acción para fortalecer los recursos emocionales, cognitivos y mentales, con el fin de vivir con sensación de bienestar, trabajar con percepción de satisfacción y establecer relaciones significativas (consigo mismo, con familiares y grupos relacionados con esta, con la comunidad, la sociedad, quienes conforman las instituciones públicas y privadas, así como también, con la naturaleza, el arte, la belleza en todas sus formas y con un poder superior); sin dejar de propender por un cuerpo saludable.

En cuanto a la acción: frente al cuerpo, mente, espíritu, relaciones y entorno, el autocuidado se ve limitado porque “la dedicación a ayudar a otros, con frecuencia causa descuido en las propias necesidades de curación y autocuidado” (Crane y Ward, 2016, p. 389). Además, por “factores inanimados que sirven de obstáculos o de barreras a los enfermeros para comportamientos de promoción de la salud, como realizar ejercicio, consumir dieta sana y participar en actividades para reducir el estrés...” (Ross et ál., 2019, p. 362)

Para los enfermeros registrados, estas barreras fueron descritas por Ross y otros en 1919, clasificándolas en barreras para comportamientos en promoción de la salud y en barreras relacionadas con individuos que influyen comportamientos de promoción de la salud en los enfermeros.

Las barreras para comportamientos en promoción de la salud fueron: falta de tiempo/sobrecarga de trabajo (jornadas de trabajo de duración

impredicible o largas, rotativas o sin cobertura suficiente para los descansos. Jornadas de diez horas y tiempos de desplazamiento de más de una hora), carencia de recursos adecuados (lugares para realizar ejercicio, duchas, opciones de ejercicio en horarios acordes con los tiempos de los enfermeros, refrigeradores, microondas, opciones de menús y refrigerios saludables a precios cómodos, cubículos con privacidad), fatiga y carencia de sueño, compromisos externos (casa, colegio, comunidad), cultura de comida no saludable, entre otros. Las barreras relacionadas con los individuos que influyen los comportamientos de promoción de la salud vienen de parte de quienes no apoyan estos comportamientos (desmotivan) y de quienes sirven de modelos (supervisores y administradores que pueden ser modelos de comportamientos poco saludables).

Aunque los resultados de este estudio no son replicables universalmente, puesto que estos corresponden al estudio cualitativo de percepciones de 264 enfermeros de los centros clínicos del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norte América; es inevitable sentirse identificado con estos que, además, en buen número, coinciden o se infieren de lo reportado por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería durante el 2019, en el “Plan Nacional De Enfermería Fortalecimiento de la profesión de Enfermería en Colombia 2020-2030”.

Autocuidado y cuidado

Varios autores han relacionado el autocuidado en los enfermeros con la calidad del cuidado que brindan, todos ellos coincidiendo en que los enfermeros que tiene una cultura de autocuidado brindan un mejor cuidado.

En general, en términos de Foucault, “uno no debe pasar por encima del cuidado de sí mismo por el cuidado a otros...éticamente el cuidado de sí mismo es primero” (Foucault y Albuquer-

que, 2017, citado en Silva et ál., 2019, p.164). De igual manera, Lubinska y otros coinciden en que “cuidar de sí mismo es tan importante como cuidar de otros. Sin amor y respeto por sí mismo, es muy improbable estar en capacidad de cuidar a otros con la compasión y la comprensión que ellos necesitan”. (2016, p. 2). Likis está de acuerdo y manifiesta que “no podemos cuidar de nuestros pacientes, familiares y amigos si no cuidamos de nosotros mismos, debemos pensar en el autocuidado como algo esencial y dador de vida en lugar de opcional, egoísta o excesivamente indulgente” (Likis, 2016, p.9). Aplicando la analogía de Likis, “el cuidado personal es el agua y los nutrientes que la flor necesita para tener raíces fuertes y prosperar” mientras que “la fatiga por compasión, el agotamiento y estrés traumático secundario son como la sequía y la falta de sol que amenazan la supervivencia de una planta” (2016, p. 9).

Algunas medidas que favorecen el auto cuidado de la salud mental y de la salud en enfermeros y que redundan en un mejor cuidado de pacientes son:

Autoconocerse para tomar decisiones de mejoramiento y acción para fortalecer los recursos emocionales, mentales y generar bienestar (autocuidado de la salud mental): identificar en sí mismo, entre otros, las sensaciones corporales (dolor, cansancio, etc.), motivaciones, ideales, deseos, proyecciones, percepciones, aptitudes, actitudes, formas de respuesta a éxitos y fracasos; Entrenarse en ser plenamente consciente de sí mismo, de sus emociones, sentimientos, sensaciones etc., aquí y ahora, aceptándolos sin juzgarse, puesto que ello se ha asociado con tener un tono emocional positivo, una mayor comunicación, mejor relación y rapport, con los pacientes y una mayor capacidad para discutir temas psicosociales con ellos. Así como también, con una mayor satisfacción del paciente, en general y en particular con los servicios de enfermería (Halm, 2017).

Además, es importante que estudiantes de enfermería, enfermeros novatos y experimentados reconozcan en sí mismos reacciones frente a situaciones estresantes: su necesidad de ser competente en todas las áreas y de aprobación por todas las personas; la negligencia frente a la propia curación y autocuidado, la tendencia a trabajar indispuesto o enfermo; la percepción de jerarquías “duras”, de alto nivel de burocracia, de poco poder, de trato injusto, de incumplimiento de expectativas; los sentimientos de insatisfacción, frustración, subvaloración; el poco sentido de pertenencia y aceptación e incompreensión; el estrés por cualquier causa; la presión por cubrir turnos de enfermeros ausentes porque hay pocos reemplazos; la fatiga; el bajo estado de ánimo, el aumento de la frecuencia en errores y la desconcentración por las demandas e intensidad de las labores diarias (Crane y Ward, 2016).

Actuar para fortalecer los recursos emocionales, mentales y generar bienestar:

- Mejorar la calidad de la comunicación, puesto que las fallas en esta contribuyen a la presencia de errores en el cuidado que terminan en serios daños para el paciente o en la muerte (Shinners et ál., 2016).
- Establecer una relación dialógica con compañeros, colegas y patronos, fortaleciendo la interacción más allá del trabajo, pues ello permite ganar confianza y mejorar el desempeño.
- Consolidar equipos de trabajo, puesto que esto “mejora la seguridad del paciente y reduce errores médicos” (Griswold et ál., 2012, citado por Shinners et ál., 2016, p. 212).
- Satisfacer las necesidades emocionales (pertenecer, ser aceptado y comprendido por otros), adquirir conciencia sobre la propia salud mental y reacciones emocionales en diferentes situaciones, especialmente, las que son estresantes. Además, tener en cuenta

que “una práctica espiritual regular (p. ej., oración, meditación) promueve sentimientos de tranquilidad física y emocional, que afectan capacidades mentales” (Crane y Ward, 2016, p. 389)

- Moderar el perfeccionismo, la culpa, la evitación de la vulnerabilidad y la abnegación, puesto que el desarrollo del Burnout generalmente implica estas características que, desafortunadamente, tienden a fomentarse implícitamente en las escuelas de enfermería (Dames, 2019, p. 52).
- “Abordar los sentimientos para reducir el estrés y el agotamiento que pueden afectar su capacidad para proporcionar buena atención” (Shinners et ál., 2016, p. 217). Evitar la fatiga y el estrés del cuidador, los cuales están relacionados con un mayor riesgo de errores de medicación e infecciones del paciente.
- Eliminar el presentismo o práctica de los empleados que se presentan a trabajar cuando están enfermos y no funcionan a su nivel habitual de productividad, lo que genera en las personas mayores tasas de enfermedades futuras y cuesta a los hospitales más que el ausentismo. (Christie et ál., 2017).
- Procurar mejores condiciones de trabajo para lograr satisfacción laboral mientras que se brinda cuidado directo, puesto que se han encontrado niveles más altos de insatisfacción en enfermeros con esta responsabilidad y más bajos niveles de satisfacción en pacientes en hospitales en que hay mayor insatisfacción o agotamiento de los enfermeros (Crane y Ward, 2016).
- Disminuir la incongruencia o la disonancia entre las experiencias reales o actuales en comparación con la imagen ideal (Dames, 2019), puesto que esta se constituye en un factor de riesgo para la salud mental.

- Mejorar el entorno, perteneciendo a grupos de enfermeros y organizaciones de enfermería en las que se estudien y reflexionen las características del entorno de trabajo de los enfermeros, marco normativo, legal y riesgos laborales entre otros; además, se diseñen propuestas de mejoramiento, vías y estrategias para el posicionamiento de estas, en las agendas de prestadores y administradores de servicios de salud, de rectores del sector salud y de los niveles de gestión política.

Conclusiones y acciones a futuro

Las ideas presentadas permiten concluir que el autocuidado contribuye a generar bienestar físico, emocional y espiritual en los enfermeros, a adherirlos a la profesión y a brindar un buen cuidado, mejorando la disponibilidad de talento humano en enfermería. Sin embargo, tomando en cuenta que el autocuidado se ve limitado por múltiples barreras, es pertinente, a futuro, dar un lugar al autocuidado en los procesos académicos de investigación, diseño curricular, enseñanza de la enfermería y vivencia del autocuidado.

Es necesario que la academia estudie los discursos sociales, gremiales, institucionales y de formación de los enfermeros, en relación con la prioridad otorgada al cuidado del talento en enfermería, a su autocuidado en general y en salud mental, en particular. Así mismo, que revise el tipo de discursos que valida y difunde, puesto que aquellos como que “el paciente es la única prioridad”, por ejemplo, refuerza el descuido del autocuidado y lleva a que ni el enfermero ni la sociedad conciban su necesidad de descanso, y a que las instituciones normalicen el hecho de que los enfermeros descansen en espacios ocultos o no descansen, para no ser sancionados; y, cuando la academia reproduce discursos como este, genera un continuo que no favorece el autocuidado de los enfermeros, generando riesgos para su salud general y mental, e impactando desfavorablemente la calidad del cuidado y del cuida-

do en salud mental. En adición a ello, se favorece la deserción y emigración de los profesionales de enfermería (Silva et ál., 2019, p. 163).

Compete a la academia, además, documentar la brechas entre los ideales que enseña y las realidades que encuentran los estudiantes en sus escenarios de trabajo (incongruencia), puesto que, según Rhéaume et ál. (2011), encontraron que aproximadamente la mitad de enfermeros recién graduados tenían la intención de dejar a su empleador correlacionando variables como el ambiente de trabajo, la falta de empoderamiento, una incapacidad para internalizar objetivos y ejercer, en el lugar de trabajo, los “ideales” que aprendieron en la escuela de enfermería. Además, dando prioridad a la salud mental de los profesionales en enfermería, corresponde a la academia moderar esta brecha, puesto que, la capacidad de uno para lograr sus objetivos requiere congruencia entre su “real” e “ideal” y cuando las metas “ideales” carecen del apoyo subconsciente del yo “real”, entonces no se dispone de la motivación y compromiso requerido para alcanzarlos” (Dames, 2019, p. 47).

En adición a lo anterior, el currículo diseñado por la academia debe permitir al estudiante de enfermería transitar por este, no solo ganando competencias del ser, del conocer, del hacer y del convivir, sino, además, ejerciendo su autocuidado para prestar cuidados de calidad. Atañe a la academia, entonces, transmitir y fomentar a lo largo del proceso de formación: la cultura del autoconocimiento, de la toma de decisiones y de acciones respecto al autocuidado; así como, también, le corresponde fomentar la comprensión de la relación que existe entre su autocuidado y calidad del cuidado que provee y de la vivencia del autocuidado como parte integral de ser enfermero y no como algo opcional.

De otro lado, los profesores de las asignaturas de cuidado de enfermería tienen la responsabilidad de preparar al estudiante para permanecer

en el ejercicio de la profesión, manteniéndose saludables; para lo cual, es necesario que caractericen los servicios en que se desempeñarán y los riesgos para el cuerpo, la mente, el espíritu y las relaciones de quienes trabajan allí. Así mismo, es esencial que transmitan explícita e implícitamente, durante el desarrollo de su asignatura, la importancia del autoconocimiento, de la toma de decisiones y de acción frente a su autocuidado en general y de la salud mental en particular, de tal manera que se perciba como inaplazable el relacionarse de manera armoniosa con sus compañeros, amigos, familias, comunidades y, en general, con quienes los rodean.

Del mismo modo, establecer relaciones con instituciones públicas y privadas en el marco de las normas, de sus derechos y deberes, aproximarse a la naturaleza, el arte y la belleza en todas sus formas; desarrollarse espiritualmente independientemente de posturas religiosas; satisfacer las necesidades corporales; ser conscientes del estado de salud física; cultivar patrones saludables de sueño, alimentación, hidratación, ejercicio, trabajo y descanso; acceder a los servicios de detección temprana y protección específica; controlar los riesgos y atender los problemas de salud; y, por último, cuidar la calidad del aire, el agua y la tierra.

Finalmente, la salud física y mental de los futuros profesionales se vería favorecida al vivenciar un currículo oculto de autocuidado, en el que conocen el discurso, perciben el ejercicio del autocuidado por parte de todos los integrantes de la comunidad académica, están motivados para el autocuidado, solicitan asesoría para el ejercicio de su autocuidado, aceptan los problemas de salud que se les presentan, priorizan el proceso de su curación/rehabilitación, respetan sus incapacidades, conocen las estrategias de autocuidado general y en particular en salud mental.

Referencias Bibliográficas

- Christie, C., Susan Bidwell, A. C., y Hudson, B. (2017). Self-Care of Canterbury General Practitioners, Nurse Practitioners, Practice Nurses and Community Pharmacists. *Journal of Primary Health Care* 9(4), 286. doi: 10.1071/HC17034.
- Crane, P. J., y Ward, S. F. (2016). Self-Healing and Self-Care for Nurses. *AORN Journal* 104(5), 386-400. doi: 10.1016/j.aorn.2016.09.007.
- Dames, S. (2019). The Interplay of Developmental Factors That Impact Congruence and the Ability to Thrive among New Graduate Nurses: A Qualitative Study of the Interplay as Students Transition to Professional Practice. *Nurse Education in Practice*, 36, 47-53. doi: 10.1016/j.nepr.2019.02.013.
- Foucault, M., y da Costa Albuquerque, M. T. (2020). *História da sexualidade: O cuidado de si*. 8a edição. Paz & Terra.
- Garcés Giraldo, L.F., y Giraldo Zuluaga, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas* 14(22), 187-201.
- Halm, M. (2017). The Role of Mindfulness in Enhancing Self-Care for Nurses. *American Journal of Critical Care* 26(4), 344-48. doi: 10.4037/ajcc2017589.
- Likis, F. E. (2016). Self Care: Taking Care of Ourselves to Optimize the Care We Provide. *Journal of Midwifery & Women's Health* 61(1), 9-10. doi: 10.1111/jmwh.12449.
- Lubinska-Welch, I., Pearson, T., Comer, L., y Metcalfe, S. E. (2016). Nurses as Instruments of Healing: Self-Care Practices of Nurses in a Rural Hospital Setting. *Journal of Holistic Nursing* 34(3), 221-28. doi: 10.1177/0898010115602994.
- Ministerio de Salud. (2013). Ley 1616 de 2013 - Salud Mental. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. Recuperado 8 de marzo de 2022 (<https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/salud-publica/ley-1616-de-2013-salud-mental>).
- OMS. (2020). Situación de la enfermería en el mundo 2020. Recuperado 8 de marzo de 2022 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>).
- Ross, A., Touchton-Leonard, K., Perez, A., Wehrlen, L., Kazmi, N. y Gibbons, S. (2019). Factors That Influence Health-Promoting Self-Care in Registered Nurses: Barriers and Facilitators. *Advances in Nursing Science* 42(4), 358-73. doi: 10.1097/ANS.0000000000000274.

Shinners, Jean, Larissa Africa, y Beth Hawkes. (2016). Debriefing as a Supportive Component for Registered Nurses in Transition. *Journal for Nurses in Professional Development* 32(4), 212-18. doi: 10.1097/NND.0000000000000273.

Silva, Marcos Andrade, Enéas Rangel Teixeira, Eliane Ramos Pereira, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, Renata Carla Nencetti Pereira Rocha, y Sonia Olinda Velásquez Rondon. (2019). Health as a Right and the Care of the Self: Conception of Nursing Professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(suppl 1), 159-65. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0066.

EL RACISMO MÉDICO DE SALUD EN MÉXICO: APROXIMACIÓN CULTURAL E HISTÓRICA

Karla Ivonne Mijangos Fuentes¹

Resumen:

El racismo más que una categoría diferencial es política, porque las instituciones que la validan se sirven de la misma, es decir, es a través del enclasmamiento y la racialización de las corporalidades como se ha justificado la expropiación, conquista y colonialidad de tierras, el genocidio, el exilio, la participación política privilegiada y el epistemicidio de saberes e identidades. En general, el colonialismo se sirvió de diversos dispositivos, como la ciencia médica, que permitieron estructurar todo el arsenal neoliberal, porque a partir de la institucionalización de la universidad y del poder científico que le fue otorgado, esta contribuyó a estigmatizar los cuerpos en función de parámetros de blanquitud. Por tanto, estudiar la configuración de este pensamiento blanco como epistemología del conocimiento biomédico, nos permite comprender las matrices coloniales que atraviesan la construcción de la salud institucional, la normalidad de los cuerpos blanqueados y la deshumanización racial en y para la atención.

Palabras clave: etnicidad, segregación social, epistemicidio.

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 03-05-2022 | Fecha de aceptado: 11-07-2022

© 2022 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v4i1.641

Licenciada en Enfermería de la Universidad de la Sierra Sur (Oaxaca, México). Especialista en Enfermería Pediátrica de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (Puebla, México). Máster en Investigación y Rol Avanzado por la Universidad de Navarra (Pamplona, España). Doctora en Ciencias Sociales. Codirectora en Red de Investigadoras Independientes. Autor de correspondencia: correo electrónico kaivo8416@gmail.com

HEALTH MEDICAL RACISM IN MEXICO: CULTURAL AND HISTORICAL APPROACH

Abstract:

Racism, more than a differential category, is political, because the institutions that validate it make use of it; that is to say, it is through the enclassification and racialization of corporealities that the expropriation, conquest and coloniality of lands, genocide, exile, privileged political participation and the epistemicide of knowledge and identities have been justified. In general, colonialism made use of various devices, such as medical science, which made it possible to structure the entire neoliberal arsenal, because from the institutionalization of the university and the scientific power granted to it, it contributed to stigmatize bodies according to parameters of whiteness. Therefore, studying the configuration of this white thought as an epistemology of biomedical knowledge allows us to understand the colonial matrices that cross the construction of institutional health, the normality of whitened bodies and racial dehumanization in and for care.

Keywords: ethnicity, social segregation, epistemicide

Introducción

El desconocimiento de un México profundo es el resultado del racismo colonizado que vive interiorizado en las corporalidades y afectos de los pobladores mexicanos/as. Por tanto, el racismo conforma esta categoría estructural que institucionalizó la ideología de supremacía de un otro dominante sobre este otro marginado. Se puede decir que parte de lo que no conocemos es derivado de todo aquello que nos han hecho borrar y expropiar de nuestras identidades mexicanas, tal es el caso de las raíces indígenas y afrodescendientes que configuran a dicha población.

La propia idea del desconocimiento se deriva de la colonialidad del poder y del saber que se instituyó como un instrumento de dominación europea para la conquista de los pueblos del Abya Yala, debido a que se internalizó, en los pobladores amerindios, una subjetividad en la que el propio indígena sentía que su corporalidad y conocimientos no eran lo suficientemente adecuados para seguirlos reproduciendo, por tanto, la limpieza de sangre fue una práctica justificada por él mismo para estar más próximo al proyecto de civilización (Grosfoguel, 2007; Ochoa, 2014)

Asimismo, el postulado teórico del saber nos permite explicar cómo a partir del dispositivo de la educación (Foucault, 2010), se pudo regular y normar un tipo de conocimiento que sirvió como brújula para reconfigurar los territorios hacia un modelo de medicina hegemónica y blanca (Quijano, 2014).

Por tanto, la institucionalización de la universidad y la medicina científica favorecieron la reestructuración de la práctica de la salud, a partir de una mirada androcentrista, eurocéntrica y heteronormada, que excluyó los discursos científicos de las mujeres, así como los diversos conocimientos, identidades y corporalidades y, por demás, blanqueó el pensamiento biomédico (Nogueiras, 2019).

Finalmente, la colonialidad del ser y de los afectos vinculados fuertemente al poder y al saber, conforman todo el arsenal colonizador, pues no se habría podido introducir un nuevo paradigma sin modificar la ontología de las personas colonizadas, es decir, primero era necesario blanquear el cuerpo, mente y espíritu para blanquear toda una cosmovisión (Ochoa, 2014; Quijano, 2014).

La construcción del racismo médico y de salud en México

La historia del racismo en México, evidentemente, surge de los procesos colonizadores, a través de los cuales se instituyó de forma violenta una cultura que no correspondía con los pueblos instalados previamente en el territorio mexicano; sin embargo, en este proceso de aculturación, no solo se habla de masacres físicas, sino también se enuncian procesos que promocionaron e instauraron un pensamiento y una supuesta idea de raza biológicamente inferior y subalterna a la europea.

Dentro de estos procesos de colonización del poder, del ser, del pensar y de los afectos, la raza pasó a formar una de las estructuras que, junto con el género y la clase social, institucionalizaron una supremacía de hombres y/o dioses blancos sobre seres no blancos (Obono, 2016), porque aquí no solo se pensaba en la blanquitud de las sociedades amerindias, sino además se construían tierras habitadas y pensadas desde un androcentrismo blanco.

Tal como refiere Obono (2016), a partir de la poscolonialidad se recrea una identidad de sujetos poscoloniales que no son más que sujetos colonizados; por ende, en la textualidad e historia, se configuraron visiones globalizadas que se impusieron para instaurar perfectos ideológicos del mundo, basados en una particularidad de conocer y de ser.

En esta dirección, la incorporación de la medicina como una ciencia blanca y autorizada para estudiar y decidir sobre la salud fue lo que permitió que la raza se incorporara como una categoría de diferenciación de los “cuerpos normales”, por tanto, la raza blanca conformaba lo sano, lo puro, lo original, lo sagrado y lo que todo ser humano debía aspirar (Foucault, 2012).

Con respecto a esto, los habitantes de México solían decir comúnmente: “cásate con un buen prospecto/a para mejorar la raza”. A partir de esta frase, se lee la reproducción de un pensamiento blanco que atesoraba la sanación corporal por medio de la blanquitud de la piel y la originalidad de la sangre. En este sentido, el blanqueamiento de la genética india se derivaba de unir lazos consanguíneos con hombres o mujeres blancas; por tanto, dicha reproducción sexual continua y constante, lograría un mejoramiento de la raza hasta ser casi “originales”.

Tal como apunta Thuram: “La blanquitud no es un color de piel, sino una forma de pensar” (Cadin, 2021), porque es el pensamiento blanco el referente que configuró a la sociedad mexicana en una categoría de dominación política e impuso los parámetros de normalidad del ciudadano mexicano, sus formas de pensar y habitar sus propios cuerpos como seres humanos.

En esta línea, Tanya Duarte, quien es la fundadora de la organización afrodescendiente en México, refiere que en esta estructuración del pensamiento blanco contribuyó la historia de lo que se dice y cómo se cuenta de México, porque la Academia Mexicana de Historia le ha otorgado un insignificante espacio de historización a la cultura afrodescendiente y/o fromexicana, a tal grado que, antes del 2011, los mexicanos pensaban que no existían mujeres y hombres afros en México y los que habían pertenecían a otros países (Freixa, 2015).

En esta construcción histórica, Duarte (2006) señala que los libros de texto gratuitos para la enseñanza de la historia en México sólo retoman al pueblo afrodescendiente para referirse a los procesos de colonización y esclavitud, es decir, los/las negros/as son aquellos que llegaron en calidad de esclavos junto con los colonizadores, se instalaron para trabajar el algodón y la caña de azúcar; llegaron por el Puerto de Veracruz para reproducir el trabajo debido a que los indígenas del Abya Yala ya no resistían las sobrecargas laborales, además, que la mitad de ellos ya habían muerto.

Así se cree que llegaron al territorio mexicano y habitaron los puertos de Veracruz, Guerrero, Oaxaca y Yucatán, principalmente. Pero, de sus aportes culturales y de conocimiento nunca se retoma nada, dice Duarte (2015). En este sentir expresado, podemos ver el desconocimiento histórico que se tiene en México sobre la población afrodescendiente; sin embargo, preocupa el exilio cognoscitivo en el que los posiciona la ciencia oficial de la salud.

Con ello, podemos dar cuenta que la historia de México se concatena con la historia de la medicina, donde la universalización de la verdad surge a partir del eurocentrismo, es decir, desde el ciudadano blanco y desde las enfermedades y estrategias de afrontamiento europeos (Menéndez, 2017). Es este pensamiento contradictorio, el que establece un sistema de salud a partir de blancos para una comunidad donde hay más negros/as e indígenas, por tanto, existe un fracaso del sistema desde la ontología en la que se piensa y construye al ciudadano mexicano.

Por ejemplo, es preocupante que hasta el censo del 2015 se recogen datos de la población afrodescendiente y fromexicana, porque previamente se desconocía la existencia de los mismos. Sin embargo, el último censo del 2020 establece que 2.04% (2 millones 576 mil 213) de la población mexicana se identifica a sí misma como

afromexicana o afrodescendiente. No obstante, Vilchis (2020) señala que muchos se sintieron ofendidos al preguntarles sobre su posible identidad como afromexicano y/o afrodescendiente o negro/a, y como consecuencia, terminaron por agredir a los encuestadores.

En estos datos, Vilchis (2020) refleja el racismo instaurado y el desconocimiento de los pobladores sobre las raíces que nos constituyen como mexicanos (indígena, afrodescendiente, asiático y español), así como de la falta de comprensión del término afrodescendiente, debido a que muchos de ellos no sabían que en México existen mexicanos negros, porque fue hasta el 2011 cuando se reconoció la etnia afromexicana.

En esta dirección, las ciencias médicas más que abordar la salud desde un contexto histórico próximo, lo piensan y actúan desde un plano occidentalizado, por consiguiente, en la medicina mexicana no se han estudiado las características de los negros/as e indígenas, y todos los imaginarios que se tienen al respecto, son que los negros soportan altos umbrales de dolor, que nunca enferman de cosas comunes a los blancos, sino que enferman por afecciones exóticas, adheridas a su contexto de pobreza y raza (Méndez, 2017).

Al respecto, coincidimos con Obono (2016) y Freixa (2015), quienes señalan que ser afro en México y en el mundo es un peligro, porque a las mujeres negras se les sexualiza, ridiculiza y relaciona con la prostitución para satisfacer a hombres blancos y negros, en tanto, a los hombres negros se les representa como perezosos, ladrones y de baja condición. En esa misma dirección, a las mujeres y hombres indígenas se les trata como iletrados, sin capacidad de raciocinio y retrasados.

Esta mirada subalternizada del otro dentro del campo médico, no es más que una mirada clínica que se construyó culturalmente a partir de

la historia (Foucault, 2012). Así, recordamos a Sims comprando esclavas negras para hacer todo tipo de experimentos y cirugías vaginales dolorosas. Todo ello, para adquirir conocimientos médicos que curaran a las blancas (Washington, 1946).

Y, nos preguntamos, ¿cómo a partir del Apartheid Medical que marca una historia de desigualdades de un pasado difícil, aún siguen persistiendo dichos pensamientos en los sistemas de salud? Por ejemplo, al recuperar los datos de Washington (1946), se describe que la mortalidad infantil de los afrodescendientes es el doble que la de los blancos, lo preocupante es que seguimos analizando los problemas de salud con las mismas medidas y miradas racistas del arbitrario cultural que se impuso desde el pensamiento blanco.

A partir de esta crítica, podemos argumentar que la mortalidad infantil entre afrodescendientes o indígenas nunca se asocia al abandono del Estado y del sistema de salud para brindar una vida digna en estos contextos; por consiguiente, el propio exilio y aislamiento de estas comunidades por parte del Estado, las ha condicionado a situaciones extremas de pobreza, hambruna y falta de acceso a los sistemas de salud.

Asimismo, Washington (1946) apuntaba que las enfermedades entre la población negra se leen en términos de trastornos hereditarios como la anemia de células falciformes; sin embargo, cuando se miran las estadísticas, se observa que la población negra muere más de otras enfermedades que no son nombradas y que son comunes a los blancos y, sobre todo, que en esta información se oculta el verdadero costo que produce el hecho de enfermar entre los afrodescendientes.

Respecto a esto, entre la comunidad médica se piensa que los negros mueren de enfermedades “muy de ellos”, que se reproducen entre la misma población y que son poco comunes a los

blancos, empero, en las estadísticas mundiales, se observa que los negros sufren más complicaciones derivadas de la diabetes que otras poblaciones, así mismo, existe una detección tardía de cáncer de mama entre las mujeres negras porque se considera que esta enfermedad es poco probable entre ellas (Washington, 1946).

Y justo estas ideas racializadas de los cuerpos negros, son las que han permeado sobre una historia de desigualdades y desatenciones, porque siempre se justifica el abandono, las violencias ejercidas sobre sus cuerpos, la experimentación sobre sus poblaciones y la explotación de sus recursos para salvar a otras corporalidades con reconocimiento a su identidad y supuesta originalidad.

La reproducción de una medicina blanca

Lorde (2003) refiere que las diferencias humanas las vemos como oposiciones: bueno/malo, arriba/abajo, sano/enfermo, negro/blanco. Sin embargo, las dualidades sobre las que habitamos estos mundos han colocado a lo bueno en función de los beneficios, no de las necesidades humanas. Según esta lógica, lo “bueno” es lo que brota y se constituye desde una polaridad extrema de la sociedad, un polo totalmente opuesto y desanclado de las realidades y personas.

En esta estructura de las sociedades buenas, los malos y anormales se depositan en el lugar de los seres inferiores y/o deshumanizados, aquel lugar habitado por las/los negros, las/los indígenas, las personas del tercer mundo, la gente de clase trabajadora, adultos mayores, infancias y mujeres (Lorde, 2003). Este lugar es aquel que no se piensa desde un espacio de la dignidad humana, sino desde un laboratorio de experimentación, de criminalización y de marginación, por tanto, un lugar nada abordado para atender necesidades humanas, pero sí explorado para el extractivismo cognitivo y territorial.

Empero, dichas oposiciones han provocado un rechazo institucionalizado de las diferencias en función de una supremacía de raza, clase social y género, pero también con relación a una economía del beneficio (Lorde, 2003), porque en esta asociación de dominados y explotadores, la sociedad privilegiada se beneficia del excedente de personas marginales, quienes tienen un papel fundamental en la reproducción del capitalismo y del capital humano, pese a que no se reconozcan en esa connotación.

Como ya se describió, en esta institucionalización de las diferencias, los dominantes se benefician de los marginados en una relación de poder económico, social, político, cultural y biológico, no obstante, en esta supremacía del capital cultural, también existe una relación de dominación en función del estatus y el reconocimiento social que se le otorga a un sector académico y científico para decidir sobre los cuerpos y saberes de los otros, por tanto, el beneficio que se obtiene de los dominados es un poder de autoritarismo y superioridad cognoscitiva infinita.

Sobre esto, Curiel (2007) señala que la academia contribuye notablemente a la estructuración de una posición elitista y androcéntrica, una posición que por sí sola ya genera un sesgo, debido a que incorpora la diferencia como una categoría de legitimación de lo bueno como normal, empero, lo bueno es lo que da legitimidad al pensamiento blanco, eurocéntrico y androcéntrico.

Desde esta mirada, cobra importancia la recuperación del concepto “bueno” definido y construido por la propia academia y ciencia, porque justo lo bueno figura como la heteronorma, la ideología moral cristiana y biológica de corporalidades blancas deseables, las subjetividades blancas objetivadas y las ciudadanía que se instauran desde el reconocimiento y la redistribución. Como apunta Audre Lorde: “Nos separa nuestra negativa a reconocer las diferencias” (2003, p. 123).

En este entramado, el pensamiento blanco al que hace referencia Thuram (Cadin, 2021), no es más que la configuración de ciudades y ciudadanos blancos, más aquí el problema no radica en el ya mencionado exilio de otras identidades, por el contrario, la preocupación se concentra en la propia subjetividad colonizada de los grupos inferiorizados, los cuales no solo sufren las cadenas del racismo, ya que ellos mismos se piensan y sienten inferiores, sino que, además, su caminar se convierte en un devenir tendiente al blanqueamiento y la limpieza de sangre.

Así, para las personas afromexicanas e indígenas, el blanqueamiento de la piel conforma el mestizaje cada vez más profundo y continuo de sus cuerpos, los cuales atraviesan por constantes hibridaciones genéticas, aculturaciones violentas que los hacen desplazarse de sus conocimientos, cultura, prácticas, tradiciones, lenguas y de su propia identidad, pero también que los conduce a la justificación y praxis de la eugenesia médica sobre sus cuerpos, logrando así homogenizar la idea de hombre blanco (Curiel, 2007).

A todo ello, Lorde (2003) lo denomina como norma mítica, esa norma blanca sobre la cual se tejen las trampas del poder de nuestra sociedad y con la que no nos identificamos, pero la reproducimos a pesar de ser ajena a nuestra corporalidad; por ende, las violencias forman una parte inextricable de la trama de nuestras vidas, afectos y formas infravaloradas de pensarnos como otro sin identidad.

Un claro ejemplo de esta norma mítica la encontramos en la enseñanza y reproducción de la práctica biomédica, en la cual se considera que el tamaño y color de los cráneos sigue definiendo el coeficiente intelectual, el color de la piel delimita los riesgos a enfermar de cáncer, diabetes y estrés; así mismo, el color blanco es el que

prioriza las necesidades de salud, los procesos de atención y el acceso a la investigación biomédica de vanguardia (Washington, 1946).

Es decir, las necesidades de salud de la población afrodescendiente e indígena produce una gran distorsión a través de la investigación que limita el análisis e interpretación de las tasas de morbilidad, porque, en la medicina y las profesiones de la salud, todavía persiste la ideología de relacionar las enfermedades de los negros como las afecciones exóticas y de riesgos particulares derivadas de un salvajismo que los acompaña.

Por ejemplo, en mis clases de patología y microbiología durante mi formación como enfermera, observaba y escuchaba a los profesores describiendo a las enfermedades parasitarias como patologías propias de los pueblos indígenas de Oaxaca, sin embargo, en este análisis crítico del positivismo que los atraviesa, podemos observar que las parasitologías están más condicionadas y derivadas por la expropiación capitalista del agua potable como un recurso básico y necesario dentro de estos contextos, también debido a la falta de servicios básicos como el sistema de drenaje, el cual deja desprovistas a muchas comunidades indígenas.

Estos últimos datos son los que nos interpelan en la interpretación crítica de los resultados, porque podemos dar cuenta que la tipificación de las patologías se subsume en enfermedades de clases, en estigmas culturales sobre los imaginarios poblacionales y en condicionales raciales que parecen no disolverse, porque se les sigue asociando con trastornos de la genética y voluntad de las personas negras e indígenas.

Se puede agregar que no es la raza biológica la que produce dicha prevalencia de enfermedades en determinados contextos, sino que es el racismo y el clasismo cultural instaurado e interiorizado entre la comunidad científica biomé-

dica, la que produce mayores desigualdades de salud entre dichas poblaciones. Tal como lo dijo Martín Luther King Jr. (1965), como citó Menéndez (2017): “De todas las formas de desigualdad, la injusticia en salud es la más importante e inhumana”.

Esta frase nos lleva a reflexionar que las disparidades y desigualdades en la salud son los problemas que se relacionan con la inequidad hacia el respeto de los derechos humanos en la modernidad, debido a que toda esta injusticia racial biomédica fue la que produjo la segmentación y división racial de la salud, de los cuerpos y de las emociones.

Cabe mencionar que, en la época de los 90, se justificó en el interior de México la esterilización masiva de mujeres indígenas y afros como estrategia para evitar la sobrepoblación, sin embargo, esta reducción se pensó desde la no reproducción de un sector marginado del país (Menéndez, 2017).

Es importante señalar que el personal de salud accedió a la esterilización masiva de dichas corporalidades, pensando que esta era la mejor estrategia para la reducción de las tasas de mortalidad materno-infantil y de fecundación, que en cierta medida puede serlo. Sin embargo, estos profesionales nunca imaginaron que lo hacían por la aporofobia y racismo cultural mexicano, por ende, nunca pensaron violar los derechos humanos sobre determinados cuerpos, a través de la selección intencionada de corporalidades que representan la disociación, disgregación y deshumanización (Menéndez, 2017).

Estas descripciones ahistóricas y acrílicas de la salud en México, dejan huellas imborrables de racismos biomédicos que han infringido las leyes de la salud y han determinado serias violencias naturalizadas y normalizadas en corporalidades marginadas, porque a partir de esta ética de la razón blanca, de clase y género, es que el

personal de salud sigue obligando a mujeres afrodescendientes e indígenas a esterilizarse a temprana edad. Sobra mencionar que, dentro de los discursos y pensamientos provida, no se niega la posibilidad para abortar a mujeres afros e indígena, debido a que se reproduce un imaginario de reducción de la pobreza en la reducción de dicha población.

Consideraciones finales

En este pequeño texto que se aproxima al contexto mexicano de salud, podemos leer un continuum de acciones y estigmas sobre las poblaciones negras y amerindias que se edificaron, principalmente, desde el siglo XVI y permanecen hasta nuestros días en el siglo XXI. Y en esta reproducción de la vida, se siguen permeando las representaciones sociales del negro como un personaje que tuvo una participación muy significativa dentro de los procesos colonizadores, pero que desapareció de su agenciamiento activo y reproductivo de los territorios del Abya Yala y, sobre todo, como refiere Obono (2016), que se borró e invisibilizó toda su contribución en la configuración de la cultura mexicana.

Y justo estas representaciones históricas y sociales del negro en México, son las que han cobrado la vigencia de una serie de exclusiones estructurales y simbólicas. Entre ellas, el abandono del sistema de salud mexicano para priorizar sus necesidades de atención, debido a que los estereotipos que se construyeron culturalmente sobre ellos, tales como la fuerza física sobrenatural, el salvajismo, la brutalidad, el exotismo, la vagancia y la hipersexualidad de las mujeres, han condicionado grandes desigualdades como la deshumanización de ellos.

En este sentido, la ciencia biomédica representa una de las instituciones y dispositivos más importantes en la conservación y reproducción del racismo, la cual adhiere dicha categoría como un elemento condicionante para el ascenso social y

plus simbólico en los procesos de enclasmiento, ya que aún persiste la idea de una supremacía intelectual y corporal basada en las razas, pese a que existe evidencia suficiente que asegura que dicha categoría solo permite la interseccionalidad y problematización del complejo humano, más que la diferenciación entre blancos y negros como un binarismo que se disputa entre lo bueno y lo malo.

En síntesis, el racismo persiste debido a los usos que de él se tienen, porque siempre habrá unos sectores que se beneficiarán de su mantenimiento dentro de la vida social, por ende, la falsa conciencia racial que se interioriza en la práctica biomédica contribuye a un racismo antinegro y antiindígena que justifica genocidios y epistemicidios masivos.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez I.P. (2021). Reconocimiento de la población afrodescendiente en México. Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/capital-plural/reconocimiento-de-la-poblacion-afrodescendiente-en-mexico/>
- Cadin I. (2021). La blanquitud no es un color de piel, sino una forma de pensar: entrevista a Lilian Thuram. Pie de página. <https://piedepagina.mx/la-blanquitud-no-es-un-color-de-piel-sino-una-forma-de-pensar/>
- Curiel O. (2007). Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista. *Nómadas*, 26, 92-101.
- Freixa O. (2015). Afrodescendientes en México, la verdad oculta. El País. https://elpais.com/elpais/2015/06/24/africa_no_es_un_pais/1435125600_143512.html
- Foucault M. (2010). *La arqueología del saber [1969]*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault M. (1992). *Genealogía del racismo*. Madrid: Ediciones La Piqueta
- Grosfoguel R. (2007). Descolonizando los universalismos occidentales: el pluri-versalismo transmoderno decolonial desde Aimé Césaire hasta los zapatistas. En Castro, G.S. y Grosfoguel, R. *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp.63-78). Bogotá: Siglo de hombres editores.
- Lorde A. (2003). *La hermana, la extranjera. Artículos y conferencias*. Madrid España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Menéndez E.L. (2017). *Los racismos son eternos, pero los racistas no*. México: Biblioteca Nacional de México.
- Nogueiras B. (2019). La salud en la teoría feminista. *Atlánticas Revista Internacional de Estudios Feministas*, 3(1): 10-31.
- Obono T.M. (2016). *La bastarda*. España: Fores raras.
- Ochoa M.K. (2014). *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Popayán Colombia: UC Editorial.

Quijano A. (2014). Colonialidad del poder y clasificación social. Buenos Aires: CLACSO.

Vilchis D. (2020). Afromexicanos: Entre la vulnerabilidad y la exclusión. Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana.

<https://www.imdosoc.org/post/afromexicanos-entre-la-vulnerabilidad-y-laexclusi%C3%B3n>

Washington H.A. (1946). Medical Apartheid. The dark history of medical experimentation of black americans from colonial times to the present. New York: Harlem Moon Broadway Books.



Políticas de la Publicación

Público al cual se dirige

El público al que se dirige contempla a los especialistas en temáticas socio-humanísticas, a estudiantes y docentes de pregrado y posgrado en ciencias de la educación y la enfermería, extensivo a otras áreas.

Idioma

Se aceptan artículo escritos en español, portugués, inglés. Se aceptarán artículos en otros idiomas, siempre y cuando sea la lengua materna del autor y tenga su traducción al inglés.

Proceso de evaluación por pares

El sistema de evaluación y arbitraje de los artículos que sean sometidos para publicación en la revista Paradigmas Socio-humanísticos, será en dos fases:

Fase 1

Control editorial: el comité editorial en su reunión ordinaria asignará un par evaluador para que revise los artículos enviados a través del OJS y evalúe aspectos como: pertinencia del tema tratado, aspectos de forma como: coherencia de la estructura del artículo con las normas de la revista, claridad, redacción, ortografía y respeto por las normas de referenciación.

Una vez superada esta fase, se establece con un periodo de dos semanas, pasa a segunda fase.

Fase 2

Revisión por pares doble ciego: en esta fase el comité editorial asigna dos jurados expertos en la temática, quienes, con un formato de evaluación diseñado para tal fin, emitirá concepto respecto a la calidad disciplinar del artículo.

Luego de recibir las observaciones de los jurados, el artículo quedará clasificado como:

Publicable, No publicable o Publicable sujeto a correcciones.

- Cuando el concepto sea “publicable”: se notificará a través del OJS al autor y el artículo pasará directamente a proceso de corrección de estilo definitivo.
- Si el concepto llega a ser “no publicable”: se notificará al autor a través del sistema OJS y se le hará envío del artículo con los comentarios de los evaluadores, esto con el fin de que el autor, pueda realizar al artículo los cambios pertinentes y enviarlo de nuevo para aplicar a otro proceso de evaluación.
- Cuando el concepto sea “publicable sujeto a correcciones”: se notificará al autor y se le hará envío del artículo con los comentarios de

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

los evaluadores. El autor tendrá hasta dos semanas a partir de notificado el concepto para realizarlas y remitir el artículo corregido a la revista.

Los evaluadores inicialmente designados harán la respectiva revisión y emitirán un nuevo concepto que puede ser: “publicable”, en caso de que el autor haya realizado las correcciones pertinentes, o: “no publicable”, en caso de que el autor no haya atendido adecuadamente a las correcciones inicialmente sugeridas.

El Comité Editorial declara que los autores son los únicos responsables de los juicios, opiniones, puntos de vista y de referenciación expresados en sus escritos. Esta fase se establece con un periodo de cuatro semanas.

Ética de publicación

Esta revista se adhiere a las pautas del “Código de conducta y mejores prácticas para editores de revistas”, publicado por el Committee on Publication Ethics – COPE. y la Ley 1915 de julio de 2018 que hace referencia a las disposiciones relativas al derecho de autor y los derechos conexos.

Los autores se adhieren a las especificaciones para la elaboración de los documentos y velarán por su originalidad. Los miembros del comité

editorial de la revista, a su vez, vigilan aspectos como el respeto por las leyes de derecho de autor, originalidad y pertinencia.

Directrices para autores/as

Se reciben artículos enviados a través del sistema OJS, dirigidos al Comité Editorial Revista Paradigma Socio-humanístico.

- El autor deberá conservar copia de todo el material enviado, ya que la Revista no se responsabiliza por daños o pérdidas.
- Adjuntar carta de presentación
- Preparación del manuscrito:
 - I. Las contribuciones deben ser digitadas en fuente Arial, tamaño 12, espacio 1,5, márgenes inferiores y laterales de 3 cm.; (extensión máxima según sección a la que se somete).
 - II. Título del artículo en español e inglés. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.
 - III. Nombre completo del autor (es) digitado en espacio simple, indicando en nota de pie de página los títulos académicos, cargos ocupados y nombre de la institución al cual el au-

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

tor(es) está vinculado. Dirección completa, teléfono/fax para contacto y e-mail del primer autor del texto.

- IV. Resumen: en español y en inglés (según la sección a la que se somete el manuscrito), destacando ideas centrales de la introducción, objetivos, desarrollo y conclusión. En los reportes de investigación debe contener: objetivos, métodos, resultados y conclusiones, con límite de 150 palabras.
- V. Descriptores: Conformados de 3 a 5 “palabras clave”. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), elaborada por Bireme y disponible en la Internet en el site: <http://www.bireme.br> o el Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine (NLM), o el International Nursing Index. Cuando el artículo tuviera un enfoque interdisciplinario, usar los descriptores universalmente aceptados en las diferentes áreas o en las disciplinas envueltas. (UNESCO)
- VI. Texto: ordenado en introducción, desarrollo y conclusión.
- VII. Ilustraciones: (fotos, modelos, mapas, diseños, estampas o figuras, esquemas, cuadros) deben ser enumeradas secuencialmente en números arábigos, con sus respectivas le-

yendas y fuentes (todas las fuentes tienen que estar en las referencias). Excepto las listas, los cuadros, todas las ilustraciones deben ser designadas como figuras.

- VIII. No utilizar en las listas/cuadros internos trazos verticales y horizontales. Colocar un título corto encima de las listas/ cuadros, y notas explicativas abajo de las mismas.
- IX. Se realizarán las citaciones siguiendo las normas APA sexta edición. Se organiza alfabéticamente y se le coloca sangría francesa.
- X. Las citas textuales o directas se reproducen exacta, sin cambios o añadidos. Se debe indicar el autor, año y número de página. Si la cita tiene menos de 40 palabras se coloca como parte del cuerpo del texto, entre comillas y al final entre paréntesis se señalan los datos de la referencia.

Ejemplo: Al analizar los resultados de los estudios previos encontramos que: “Todos los participantes...” (Machado, 2010, p. 74)

- XI. Si la cita tiene más de 40 palabras debe escribirse en un párrafo aparte, sin comillas, alineado a la izquierda y con un margen de 2,54 cm. o 5 espacio de tabulador. Todas las citas deben ir a doble espacio.

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Ejemplo: Maquiavelo (2011) en su obra El Príncipe afirma lo siguiente: Los hombres, cuando tienen un bien de quien creían tener un mal, se obligan más con su benefactor, deviene el pueblo rápidamente en más benévolo con él que si con sus favores lo hubiese conducido al principado (p. 23)

XII. Citas indirectas o paráfrasis: en estos casos se reproduce con propias palabras la idea de otro. Siguen las normas de la citación textual, a excepción del uso de comillas y cita en párrafo aparte.

Ejemplo: Según Huizinga (1952) son características propias de la nobleza las buenas costumbres y las maneras distinguidas, además la práctica de la justicia y la defensa de los territorios para la protección del pueblo.

Open Access

El acceso es abierto y no se cobrará por ninguna de las fases de evaluación de los artículos ni por su publicación del texto completo. Se expedirá una constancia tanto al autor del artículo como a los evaluadores.

Declaración de privacidad

Los nombres y las direcciones de correo electrónico introducidos en esta Revista se utilizarán exclusivamente para los fines establecidos en ella y no se proporcionarán a terceros o para su uso con otros fines.



Aviso de derechos de autor

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0
Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

