

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 2, julio – diciembre, 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. 2 (julio – diciembre) Año 2022

ISSN: 2711-242X (En línea)

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v4i2

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](mailto: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 Cleves

Diseño Gráfico y Maquetación:  
Carlos Eduardo Alarcón Rodríguez

**Agradecimiento fotografía  
de la portada**

Enfermera. Kelly Johana Garzón Silva  
Docente programa de Enfermería,  
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 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

R E V I S T A  
Paradigmas  
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

Educación y Salud de Calidad  
con Sentido Social

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

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

<b>An exploration of freire's dialogue</b> <i>Sergio José Chiri Espejo</i>	7-11
---	------

## Artículo Original

<b>Estrategias de prevención primaria para la obesidad infantil en entornos escolares: una revisión integrativa entre 2016-2021</b> <i>Cruz Deicy Jaramillo Bolívar, Angélica María Soto González, Melissa Cerquera González, Juan Esteban Rivas Arango, Lizeth Montes Castaño.</i>	12-26
--	-------

## Revisión de Tema

<b>Manejo y acompañamiento de la espiritualidad desde los cuidados paliativos en enfermería</b> <i>Eliana Pérez Kowoll, Ana Lucía Ribero Ocampo</i>	27-33
--	-------

## Artículos de Reflexión

<b>Más enfermeras para las mujeres</b> <i>Johanna Cepeda Saavedra</i>	34-41
--	-------

<b>Violencia contra las mujeres: realidades invisibles y cotidianas</b> <i>Maryuri Andrea Gómez Cuenca</i>	42-49
---	-------

## AN EXPLORATION OF FREIRE'S DIALOGUE

Sergio José Chiri Espejo<sup>1</sup>

### Abstract

The ideas of Paulo Freire resonate strongly with international educators, especially in those who are familiar with the International Baccalaureate Diploma Programme. Although Freire's work was targeted at the adult population in a rural context, the notion of downsizing or eliminating the existing hierarchy between teachers and students through what he calls a true dialogue, can be applied to the school context. The main challenge in the milieu of schools is to move away from the concept of *tabula rasa*, which is generally held by teachers, students, and parents. Freire strongly criticises 'traditional' or 'banking education' precisely because it assumes that pupils are similar to empty bank accounts in which money (i.e., knowledge) has to be accumulated. The key term under exploration in this paper is dialogue, which according to Freire, cannot exist unless there are contradictions. Such contradictions, which originate from previously held knowledge and from different personal perspectives, are the elements that should fuel interactions between students and teachers. Without dialogue, there is no true education but only an imposition of pre-approved educational models drawn by governments to suit their own purposes. It is through dialogue that teachers and students achieve genuine social equality since teaching and learning become reciprocal: "Authentic education is not carried on by "A" for "B" or by "A" about "B," but rather by "A" with "B," mediated by the world." (Freire, [1970]1993)

**Keywords:** education, learning, learning processes

© 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.v4i2.672

---

<sup>1</sup>Bachiller en Educación por la Universidad de Piura (Perú) y posee un diploma para profesores de inglés en Ultramar por la Real Sociedad de Artes del Reino Unido. Actualmente se desempeña como coordinador del programa del Diploma de Bachillerato Internacional, en International Schools of North America, Ho Chi Minh City, Vietnam. Autor de correspondencia. Correo electrónico: cyberserged@hotmail.com

## UNA EXPLORACIÓN A LOS DIÁLOGOS DE FREIRE

### Resumen

Las ideas de Paulo Freire resuenan fuerte entre educadores internacionales, especialmente en quienes están familiarizados con el Programa del Diploma del Bachillerato Internacional. A pesar de que el trabajo de Freire estuvo enfocado en la población adulta en un contexto rural, la noción de reducción y eliminación de la jerarquía existente entre maestros y alumnos, por medio de lo que él llama un verdadero diálogo, puede ser aplicado en el contexto escolar. El principal reto en el entorno de los colegios es dejar de lado el concepto de la tabula rasa, el cual es generalmente utilizado por profesores, estudiantes y padres de familia. Freire critica duramente la educación “tradicional” o “bancaria”, precisamente porque esta asume que los alumnos son similares a cuentas de banco vacías en las cuales el dinero (esto es, el conocimiento) debe ser acumulado. El término esencial que se explora en este escrito es diálogo, el cual, conforme a Freire, no puede existir a menos de que haya contradicciones. Dichas contradicciones, las cuales se originan desde el conocimiento previo y desde diferentes perspectivas personales, son los elementos que deben estimular las interacciones entre educandos y educadores. Sin diálogo no hay verdadera educación, sino solo una imposición de modelos educativos preaprobados por gobiernos para satisfacer sus propios intereses. Es a través del diálogo que los profesores y los alumnos pueden alcanzar una igualdad social genuina, ya que la enseñanza y el aprendizaje se vuelven recíprocos: “La auténtica educación no es llevada a cabo por ‘A’ para ‘B’ o por ‘A’ acerca de ‘B’, sino por ‘A’ con ‘B’, y mediada por el mundo” (Freire, [1970]1993).

**Palabras clave:** educación, aprendizaje, procesos de aprendizaje.



## Introduction

After reading chapter 3 of Paulo Freire's *Pedagogy of the Oppressed*, I initially felt dismayed by the rather complex and somewhat obscure use of terms and key words. I needed to go over the text more than once to try to make full sense of his words. Having read a few excerpts from his book in previous courses, I remembered that his ideas were influenced by his work with peasants in rural Brazil in the early 1960s. Using this information as background context, his views on education started to show some clarity. It then became evident to me that Freire was not directly addressing the school context but that of educators (i.e. student-teachers) who are involved in field research. Nevertheless, I found several of his terms intriguing, particularly the word dialogue.

I believe Freire uses dialogue and its variants as "...in the dialogical nature of education begins with thematic investigation." (Freire, [1970]1993) to refer to different types of interactions in an educational context. As I understand them, these dialogues are interactions between teachers and students, between students and their environment, between people (i.e. teachers and students) and their reality, which involves their world and its problems. Such interactions are precisely what the proponents of the Learner-Centered ideology, also known as the progressive school of thought in curriculum development, consider as essential since "learning is thus considered a function of the interaction between a person and his or her environment." (Schiro, 2013)

However, Freire goes beyond progressivism by advocating a dialogue which is genuine and profound enough to result in an individual's 'liberation' from the oppression that their own ignorance, fear, or acceptance of what 'banking' educators believe people need or what is best for people. Freire's use of the term 'banking

education' is an obvious allusion to the Scholar Academic ideology, also known as Traditionalism. According to Pinar (1978), curriculum development in this school of thought tends to have teachers in mind as opposed to learners. In Freire's view, the dialogue between educator and students involves a mutual awareness of cognition where their roles are constantly interchangeable: "Authentic education is not carried on by "A" for "B" or by "A" about "B," but rather by "A" with "B," mediated by the world. (Freire, [1970] 1993). This means that in terms of curriculum development, his advocacy for interaction rests on the idea that a teacher becomes a student, and a student becomes a teacher, once both accept that they are in a horizontal relationship of trust and hope. Said in other words, none of them are the owners of the absolute truth, so their dialogues put them into a close learning partnership.

One of the features of the term dialogue which I find most interesting and pedagogically enlightening is that "true dialogue cannot exist unless the dialoguers engage in critical thinking" (Freire, [1970]1993). Critical thinking thus becomes the element that binds people among themselves and their world. According to Giroux, Freire viewed critical thinking as "a tool for self-determination and civic engagement" (Besley, 2012). To Freire, critical thinking is a way to think beyond the present, to enter into a critical dialogue with history and to imagine a future. Since critical thinking is one of the cornerstones of the International Baccalaureate Diploma Program, it resonates quite strongly within my milieu. In my opinion, the dialogical nature of education as Freire argues and illustrates, holds significant value in curriculum reform, since it proposes a shift from a learner-centered approach to a teacher-student centered approach.

I completely agree with Freire's choice of term and what it represents. However, from the pragmatic perspective of a teacher, I feel that the kind of dialogue that he fully envisions is more of a utopia than a potential reality in the current context of schools. Actually, I do not think that Freire had school students in mind when he claimed that the dialogues are to be constant and horizontal between teachers and students if they are to lead to authentic education. I believe he was referring to adults who have enough life experiences to generate what he called contradictions. According to Freire, only contradictions can generate dialogues or interactions. When there are no contradictions between educators and students, there is no dialogue but 'banking' style education where educators simply give knowledge or impose

models contained in pre-approved programs, ignoring the knowledge and experiences that students already hold by regarding them as empty receptacles that need to be filled.

I do not think that curriculum reform has reached the levels of sophistication that Freire argues for. Government regulations as well as societal values and beliefs act as powerful filters which make his dialogical approach difficult to apply. However, I do recognize that without critical thinking, education cannot be genuine. In my milieu, the dialogues that I attempt to establish between my students and their worlds (meaning the circumstances which surround them whether temporal, historical, social, cultural and so on) are the drive for their potential emancipation from naïve thinking.

## Referencias Bibliográficas

Besley, T. (2012). Why Read Giroux? Policy Futures in Education, 10(6), 594–600.  
<https://doi.org/10.2304/pfie.2012.10.6.594>

Freire, P. ([1970]1993). Chapter 3. In Pedagogy of the oppressed. The Continuum International Publishing Group. <http://www.historyisaweapon.com/defcon2/pedagogy/pedagogychapter3.html>

Pinar, W. F. (1978). The reconceptualization of curriculum studies. Journal of Curriculum Studies, 10(3), 205-21. [http://daneshnamehicsa.ir/userfiles/file/Resources/8-2%29%20Ideologies/ARTICLE\\_William%20Pinar.pdf](http://daneshnamehicsa.ir/userfiles/file/Resources/8-2%29%20Ideologies/ARTICLE_William%20Pinar.pdf)

Schiro, M. S. (2013). Curriculum theory: Conflicting visions and enduring concerns (2nd ed.). Sage Publications, Inc.  
<https://talkcurriculum.files.wordpress.com/2014/09/schiro-m-2013-introduction-to-the-curriculum-ideologies.pdf>

## ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA PARA LA OBESIDAD INFANTIL EN ENTORNOS ESCOLARES: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA ENTRE 2016-2021

Cruz Deicy Jaramillo Bolívar<sup>1</sup>, Angélica María Soto González<sup>2</sup>, Melissa Cerquera González<sup>3</sup>, Juan Esteban Rivas Arango<sup>4</sup>, Lizeth Montes Castaño<sup>5</sup>

### Resumen

La obesidad es una enfermedad metabólica y nutricional con serias consecuencias para la salud y esta puede aparecer desde la edad temprana y el escenario escolar. Esta revisión integrativa de literatura se realizó con el objetivo de identificar los hallazgos de investigaciones existentes sobre estrategias de prevención primaria orientadas a prevenir la obesidad infantil en los entornos escolares. Se emplearon las siguientes bases de datos: PubMed, Ebsco y BVS. En un intervalo de cinco años, se incluyeron artículos en los idiomas en inglés, español y portugués. Los tipos de intervenciones identificadas fueron de tipo educativo para el fortalecimiento de hábitos saludables; se reconoció que las intervenciones más comunes y efectivas eran en las cuales se fomentaba la alimentación saludable y, por último, se promovió la actividad física.

La implementación de las intervenciones se realizó en distintos escenarios: escolar, comunitario, familiar. Se tuvo en cuenta una metodología variada: clases interactivas, actividades con los padres, modificación del menú escolar, modificación del entorno físico, promoción de actividades físicas, pausas activas saludables y talleres de conductas de hábitos saludables, dirigidos a los componentes cognitivos, motivacionales, comportamentales y actitudinales. Tras realizar el presente estudio y analizar los resultados obtenidos, se demuestra que las intervenciones mixtas son eficaces en la prevención del sobrepeso y la obesidad en escolares. Cabe destacar que los entornos escolares son espacios que benefician este tipo de intervenciones, sin embargo, la vinculación de la familia juega un papel muy importante. Cuando las intervenciones solamente se realizan en los colegios, no se ven tanto resultados como se espera.

**Palabras clave:** prevención primaria, promoción de la salud, obesidad pediátrica, servicios de salud escolar.

*Historial del artículo*

*Fecha de recibido:* 12-08-2022 | *Fecha de aceptado:* 07-10-2022

© 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.v4i2.673

<sup>1</sup>Enfermera de la Universidad del Valle, Magister en Enfermería de la Universidad del Valle, Doctora en Salud de la Universidad del Valle. Docente Programa de Enfermería, Universidad Libre, Cali, Valle del Cauca, Colombia. ORCID 0000-0003-0945-3279. Autor para correspondencia, correo electrónico: cruz.jaramillo@correounivalle.edu.co

<sup>2</sup>Enfermera de la Unidad Central del Valle del Cauca, Especialista en Administración de Servicios de Salud de la Universidad Católica de Manizales, Epidemióloga de la Universidad Libre de Cali. Docente Programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali. Docente de cuidado de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana de Cali y Coordinadora Técnica Estudios Investigación, Departamento Psicología, Universidad del Valle, Cali, Valle del Cauca, Colombia. ORCID 0000-0003-2013-9010. Correo electrónico: angelica.soto@javerianacali.edu.co

<sup>3</sup>Universidad Libre seccional Cali, Colombia. ORCID 0000-0003-2521-1907. Correo electrónico: melissa-cerquerag@unilivre.edu.co

<sup>4</sup>Universidad Libre seccional Cali, Colombia. ORCID 0000-0003-3299-3564. Correo electrónico: juane-rivas@unilivre.edu.co

<sup>5</sup>Universidad Libre seccional Cali, Colombia. ORCID 0000-0002-9225-0001. Correo electrónico: lizeth-montesc@unilivre.edu.co

## PRIMARY PREVENTION STRATEGIES FOR CHILDHOOD OBESITY IN SCHOOL SETTINGS: AN INTEGRATIVE REVIEW BETWEEN 2016-2021

### Abstract

Obesity is a metabolic and nutritional disease with serious health consequences, can appear from early age and the school scenario. This integrative literature review was conducted to identify the findings of existing research on primary prevention strategies aimed at preventing childhood obesity in school settings. Databases were used: PubMed, Ebsco and BVS. In an interval of 5 years, articles in the languages in English, Spanish and Portuguese were included. The types of interventions identified were of an educational type for the strengthening of healthy habits, it was identified that the most common and effective interventions were in which healthy eating was promoted and physical activity was promoted.

The interventions were implemented in different settings (school, community, family). A varied methodology was taken into account: interactive classes, activities with parents, modification of the school menu, modification of the physical environment, promotion of physical activities, healthy active breaks and workshops on healthy behaviours, targeting cognitive, motivational, behavioural and attitudinal components. After carrying out the present study and analyzing the results obtained, it is demonstrated that mixed interventions are effective in the prevention of overweight and obesity in school-children. It should be noted that school environments are spaces that benefit this type of intervention, however, family bonding plays a very important role. When interventions are only carried out in schools, results are not as visible as expected.

**Keywords:** primary prevention, health promotion, pediatric obesity, school health services.

## Introducción

La obesidad es una enfermedad metabólica y nutricional de serias consecuencias para la salud. Esta se define como un incremento en el porcentaje de grasa corporal, acompañado de un aumento del peso corporal, cuyo monto y distribución condicionan la alteración de la salud del individuo afectado (Ministerio de Salud, 2020). En las últimas décadas, la obesidad infantil se sitúa como uno de los principales problemas de salud pública, puesto que uno de cada tres niños y adolescentes tiene sobrepeso u obesidad (percentil  $\geq 85$ ). Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere 42 millones de niños con sobrepeso en el mundo, de los que cerca de 35 millones (83%) viven en países en desarrollo (Rodríguez Rojas & Argüello Gutiérrez, 2014; OMS, 2021). En tanto, para el 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad (OMS, 2021). La importancia de abordar la obesidad radica en su relación con diversas consecuencias sociales y sanitarias, y su aparición en todos los niveles sociales y razas (Visiedo et ál., 2016).

Por su parte, América Latina tiene la mayor proporción de preescolares con sobrepeso, en comparación con los países en desarrollo de África y Asia (Nagle et ál., 2013). Ahora bien, en países como Chile la obesidad constituye el problema nutricional más relevante para la salud de todas las edades (Kain et ál., s. f.). Escolares de 6 años que ingresaron a primer año básico en 2004 presentaron una prevalencia de obesidad del 17,3%.

En el resto de los países de América Latina el fenómeno de transición nutricional se observa claramente: en Cuba, en los años noventa las cifras de obesidad y sus enfermedades asociadas han estado en directa relación con los ciclos de su economía (Rodríguez-Ojea et ál., 2002). En México, las cifras de obesidad se han incre-

mentado dramáticamente en los últimos años, al igual que la diabetes tipo II, la hipertensión y la enfermedad coronaria; la velocidad de este cambio se ha presentado especialmente en el norte (más industrializado) que en el sur del país (mayor actividad agrícola), pero en ambos se ha incrementado. En Brasil, la desnutrición infantil está siendo exitosamente controlada, pero la obesidad la está reemplazando rápidamente en todas las regiones y niveles socioeconómicos, en la población adulta del país (Monteiro et ál., 2004).

Finalmente, en Colombia, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), el exceso de peso en niños menores de 4 años — que incluye tanto sobrepeso como obesidad— subió del 4,9% en 2010 al 6,3% en 2015 (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2015); para el departamento de Antioquia, corresponde al 4,1% (Alcaldía de Medellín, 2020).

Ahora bien, la literatura muestra que existe una vinculación estrecha entre la obesidad en la niñez y la que ocurre en la etapa adulta, por lo tanto, es importante su diagnóstico durante la etapa preescolar e infantil. Recientemente, se han publicado investigaciones que demuestran una asociación entre el bajo peso al nacer y la obesidad central en etapas posteriores de la vida. Este fenómeno es particularmente importante en países de ingresos bajos y medios. Además, se tiene evidencia científica respecto a los efectos adversos y los riesgos de la obesidad para la salud en etapas tempranas de la vida, tanto físicos como emocionales. Estudios longitudinales sugieren que la obesidad infantil después de los 3 años se asocia, a largo plazo, con un mayor riesgo de padecer obesidad en la edad adulta y un aumento en la morbimortalidad, así como la persistencia de trastornos del riesgo cardiovascular y algunos tipos de cáncer (ICBF, 2015).

En la infancia, la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo implica dificultad para respirar, interferencias en el sueño, problemas ortopédicos, trastornos cutáneos, transpiración excesiva, hinchazón de pies y tobillo, mayor riesgo de enfermedad coronaria, diabetes, asma, cáncer, entre otros. Además, figuran los problemas psicológicos provocados tanto por la discriminación social como por los problemas de autoestima (Alba-Martín, 2016). Hoy, los niños pasan la mayor parte del tiempo en las instituciones educativas, algunas de las cuales no promueven entornos saludables; estos espacios tienen una oferta alta de alimentos y bebidas ultraprocesados, tales como comidas chatarra, bebidas azucaradas, alimentos de paquetes, dulces y golosinas, entre otros, que influyen en los patrones y hábitos de consumo en los niños, puesto que tienen acceso a estos todos los días.

En suma, el currículo escolar no está enfocado hacia actividades de gasto energético y quienes están a cargo de acompañar la actividad física y la formación deportiva, en algunos casos, desconocen de estos aspectos. Todo esto tiene un impacto significativo en la dieta, hábitos y el peso de los niños. Se ha identificado que las intervenciones realizadas desde las instituciones de educación, teniendo en cuenta los postulados de la salud escolar, no aportan orientación a este beneficio para los estudiantes (Moreno Z. et ál., 2012; Wajihah & Ghazalli, 2020). Los niños han disminuido su actividad física en las últimas décadas, practican juegos cada vez más sedentarios (videojuegos, juegos de computadora), han disminuido la práctica deportiva y están expuestos muchas horas a pantallas, lo cual agudiza el fenómeno de la obesidad (Rosado-Cipriano et ál., 2011; Zacarías et ál., 2019).

La promoción de estilos de vida activos y saludables es importante, dado que la disminución de los niveles de actividad física que se ha producido en las últimas décadas es uno de los principales causantes del incremento de la obe-

sidad. Además, el aumento de la actividad física y el incremento de los niveles de condición física llevan a la obtención de grandes beneficios en la prevención del riesgo cardiovascular y la adiposidad, así como en el incremento de la salud ósea, la autoestima y la salud mental de los escolares (Visiedo et ál., 2016).

No existe ninguna duda sobre la importancia que la alimentación en los primeros años de vida y el establecimiento de hábitos de vida saludables tienen en la posibilidad de prevenir el desarrollo de enfermedades a lo largo de la vida, en especial, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la obesidad o el cáncer. Además, los hábitos alimentarios se establecen en esos primeros años y permanecen en el tiempo. Para adecuar la ingesta de energía y nutrientes a las necesidades de cada niño es preciso conocer las características fisiológicas y el desarrollo de la etapa escolar (6 a 12 años), de crecimiento moderado, cuando adquieren relieve progresivo los aspectos sociales de la comida, la familia, el grupo y el comedor escolar (Moreno Villares & Galiano Segovia, 2020).

El ambiente escolar es un lugar idóneo para la realización de acciones de promoción de hábitos de vida saludables y prevención de obesidad, debido a que los niños permanecen allí, por lo menos, la mitad del día y gran parte de ellos realiza hasta dos comidas en el mismo lugar. Con algunas excepciones, muchas intervenciones de las que se describen en la literatura reciente se han realizado en los Estados Unidos y países de Europa, lo cual evidencia una brecha en el número de estudios realizados en países latinoamericanos.

El sobrepeso y obesidad infantil son problemas complejos que necesitan atención prioritaria en los programas de salud pública y requiere de profesionales de enfermería que se encarguen de rectificarlos, considerando que los factores desencadenantes son susceptibles de modifi-

cación, a través de la creación de entornos que capaciten y motiven a las personas, familias y comunidades a adoptar conductas positivas con relación a una alimentación saludable y la realización de actividades físicas que permitan mejorar su salud. Ante tal problemática, los profesionales de enfermería tienen el compromiso y la responsabilidad de propiciar espacios en los que los niños adopten decisiones y conductas positivas en sus estilos de vida y alimentación, integrando para ello modelos conceptuales y teorías de enfermería (Sotomayor et ál., 2010).

Esta revisión tiene como objetivo conocer los hallazgos de investigaciones existentes sobre estrategias de prevención primaria orientadas a prevenir la obesidad infantil en los entornos escolares.

## Métodos

La presente es una revisión integrativa de la literatura, realizada entre el año 2020 y 2021. La búsqueda de artículos originales se realizó en las bases de datos PubMed, Ebsco y BVS, en un intervalo de cinco años, en los que se incluyeron artículos en los idiomas en inglés, español y portugués. Para la investigación se incluyeron términos claves como prevención primaria, obesidad infantil, contexto escolar. Se utilizaron sinónimos y conectores como 'AND' y 'OR'. Los criterios de inclusión de artículos fueron los siguientes: artículos que tengan resumen disponible; artículos que aborden temas de prevención primaria; artículos publicados entre los años 2016-2021; artículos encontrados en las

bases de datos seleccionadas; artículos en idioma español, portugués e inglés; artículos que tengan texto completo; y artículos en los que la edad de los escolares esté comprendida entre 5-10 años (etapa de educación primaria). Los criterios de exclusión fueron: resumen, cartas al editor, intervenciones en las que se emplean medicamentos, intervenciones que abordan trastornos de alimentación, artículos en los que el formato de publicación sea de comunicación corta, artículos de reflexión, literatura gris, tesis de pregrado, maestría o doctorado.

## Resultados

A continuación, se presenta la síntesis de los artículos seleccionados en las bases de datos destinadas para la búsqueda. Se identificaron inicialmente 585.377 artículos de investigación, relacionados con estrategias de prevención primaria para la obesidad infantil en entornos escolares. Luego de refinar la búsqueda por filtros (año, libros, documentos y publicaciones académicas, texto completo, idiomas), se redujo a 36.311. Después de realizar una revisión de estos documentos, se determinó que solo incluyeran a la población de interés, y se les realizó crítica con los criterios de consenso y de rigor definidos según el método del estudio. Adicionalmente, se excluyeron 36.289. Finalmente, se determinó que 22 estudios cumplían con los requisitos metodológicos de la presente revisión (figura 1). Se incluyeron estudios cuasiexperimentales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis.



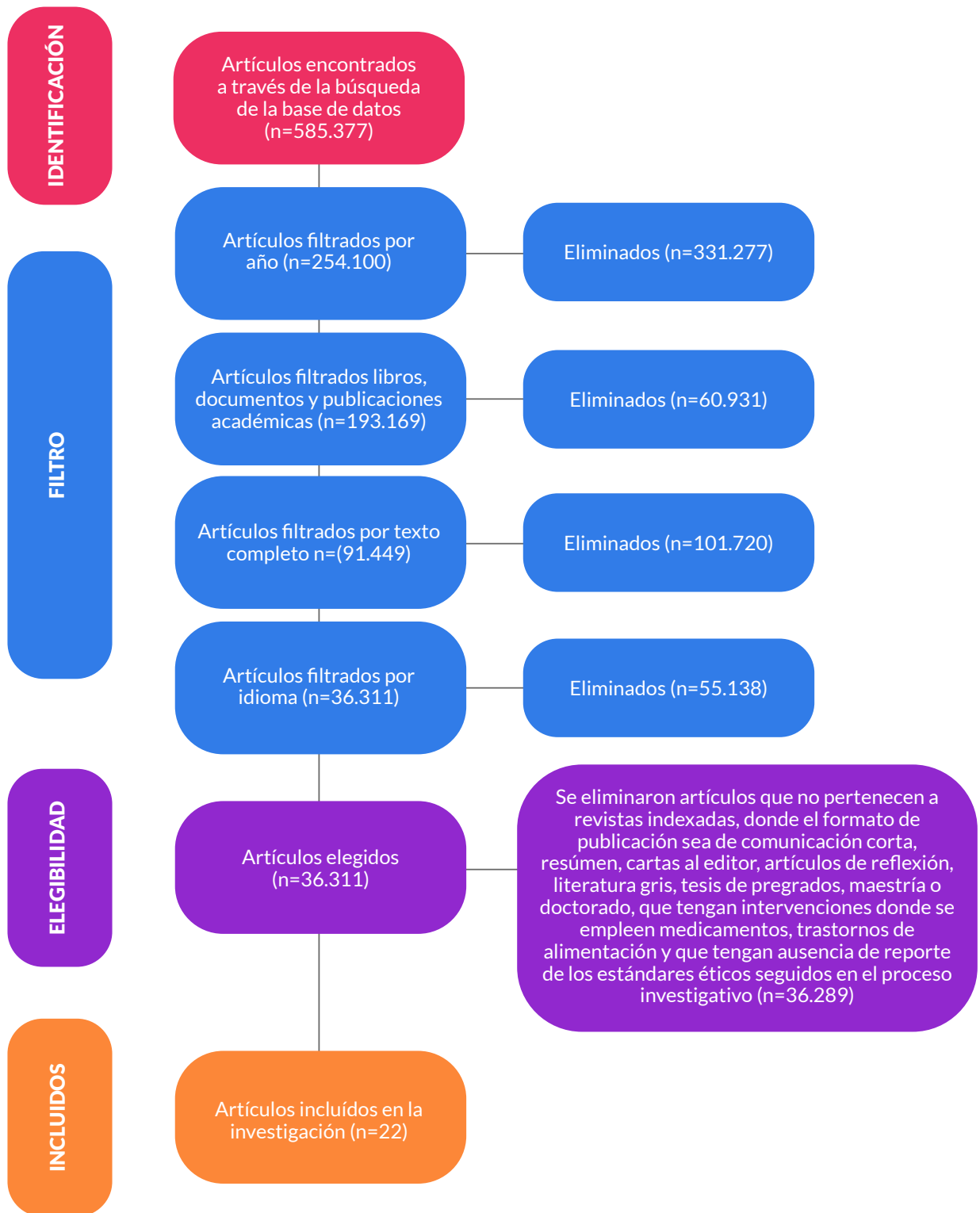


Figura 1. Flujoograma para la selección e inclusión de los artículos  
Fuente: Moher et al. (2009).

## Tipos de Estudio

Referente a los tipos de estudio en una revisión sistemática se encontró que las intervenciones diseñadas para promover la actividad física o reducir el comportamiento sedentario fueron más efectivas para la pérdida de peso. Las intervenciones diseñadas para mejorar la dieta y la nutrición tuvieron un pequeño efecto sobre los resultados conductuales, cognitivos y estos resultados podrían mejorarse mediante el uso del aprendizaje experiencial. En este sentido, las intervenciones más efectivas involucraron a una variedad de partes interesadas en el proceso de desarrollo e incluyeron a padres y familias en la implementación. Según Mariangela da Silva Alves Batista et ál. (2017), en un estudio descriptivo transversal, los alimentos ultraprocesados representaban el 68,4% de los desayunos y meriendas, mientras que los alimentos no procesados y mínimamente procesados estaban más presentes en las comidas del mediodía (92,4%); por su parte, los temas relacionados con la nutrición y la práctica de actividades físicas estaban presentes en las actividades curriculares de 14 escuelas.

Bonilla Ibáñez y Heredia (2015) en su revisión sistemática de estudios cualitativos y cuantitativos mencionan que existe gran variedad en el diseño e implementación de las intervenciones, en cuanto a componentes, teorías, escenarios, evaluación de los efectos, dosis, tiempo y seguimiento, que tienen efecto en los hábitos nutricionales, en la actividad física, en la autoeficacia y en el índice de masa corporal (IMC). En un ensayo controlado aleatorio se evidenció una reducción significativa en la circunferencia de la cintura de los niños de bajos ingresos, los niños varones y los niños que viven en áreas rurales. La intervención mejoró significativamente el conocimiento de una vida saludable y la autoeficacia entre los hombres, y la ingesta dietética y el conocimiento de vida saludable entre los niños que viven en regiones urbanas.

## Intervenciones

**Educación nutricional.** Los estudios en los cuales se brindó entrenamiento a los padres de los escolares sobre la educación nutricional fueron realizados por un técnico en dietética en colaboración con los médicos escolares. En estos se implementaron actividades grupales e interactivas y se acordaron seis sesiones de entrenamiento grupales de dos horas, impartidas cada dos semanas. Las sesiones estaban dirigidas a los padres, por lo que los niños no estaban presentes, y durante las sesiones se abordaron los siguientes temas: introducción a la nutrición, hábitos alimentarios saludables, claves para mejorar la nutrición y hábitos alimentarios, diseño de menús saludables y atractivos, actividad física y etiquetado de alimentos. Esto tuvo un efecto positivo después del primer año, pues estas intervenciones, a pesar de ser a largo plazo, brindaron efectos positivos, los cuales fueron más notorios en niños con un IMC mayor para su edad.

**Programas.** Se destacan los estudios que contaron con programas, dado que estos tuvieron mayores efectos significativos en los niños.

**Programas comunitarios:** las intervenciones comunitarias se centraron en el seguimiento de los menús en los comedores escolares, la organización de desayunos y pausas saludables, el desarrollo de huertos escolares y la implementación de otras actividades relacionadas con la promoción intensiva de la actividad física y el consumo de frutas y verduras, entre otras. Las actividades se realizaron con niños de 3 a 12 años. Sin embargo, no fueron tan efectivas como se esperaba, dado que la gran mayoría de infantes no tuvo cambios significativos en sus medidas antropométricas al inicio y al final de la intervención, a excepción de tres grupos que sí presentaron cambios, los cuales fueron los escolares de 6,7 y 12 años.

**Programas comunitarios (“Familia por la salud”):** las intervenciones se realizaron durante 10 semanas, entre los padres e hijos, y se abordaron temas como la crianza, estilos de vida y el desarrollo social y emocional de los infantes. Empero, esta intervención no fue efectiva ni rentable para el manejo de la obesidad en niños de 6 a 11 años, en comparación con la atención habitual que se les brinda.

**Programas de prevención de la obesidad en la escuela:** las intervenciones centradas en la prevención de la obesidad tuvieron como finalidad la modificación del entorno escolar para promover la alimentación saludable, modificando el entorno de la cafetería y promoviendo la actividad física. Se percibió un aumento en la participación, mediante la promoción de 60 minutos de actividad física moderada a vigorosa, al menos una vez al día durante 28 meses. Esta intervención presentó cambios positivos a partir del mes 28.

**Programas de promoción de la salud:** las intervenciones fueron implementadas en las escuelas primarias con el fin de establecer, reforzar y apoyar a los estudiantes de primaria (de 5 a 11 años) y a sus familias para que adopten conductas saludables de alimentación y actividad física, a través de la implementación de un programa basado en evidencia que se enfoca en el currículo escolar, el entorno escolar de alimentación y actividad física, así como el desarrollo profesional docente. Esta intervención fue monitoreada de manera rutinaria por personas del personal de promoción de la salud y tuvo resultados positivos en escuelas con desventaja socioeconómica, tales como las escuelas en áreas remotas y las escuelas con una alta proporción de estudiantes aborígenes, que probablemente tengan tasas más altas de sobrepeso y obesidad infantil.

**Promover la alimentación saludable y la actividad física:** la intervención tuvo un tiempo de duración de 12 meses, centradas en la alimentación saludable y la actividad física. Los propósitos fueron los siguientes: (1) ayudar a los maestros a brindar 30 minutos de actividad física diaria adicional, (2) promover “Villa Vitality” (aprendizaje interactivo de estilos de vida saludables, en un entorno inspirador), (3) llevar a cabo talleres de educación y habilidades de cocina saludable en la escuela para padres e hijos y (4) resaltar información para las familias con respecto a las oportunidades locales de (PA) Promoción de la Alimentación. En este sentido, se demostró un efecto positivo y sostenido en la adopción de hábitos alimenticios saludables después de 1 año, mejorando los comportamientos dietéticos, así como el conocimiento de los alimentos y la actividad física.

## Resultados de las Intervenciones

**Disminución de peso.** Algunos de los diferentes estudios mencionan que se podría presentar un cambio significativo solo si durante el horario escolar se implementan opciones de alimentos saludables y mayores variaciones de alimentos; además de esto, una mayor participación de la actividad física.

**Cambios en la dieta.** Se evidencia que los diferentes menús estaban diseñados con el fin de mejorar la dieta y nutrición, además tuvieron un pequeño efecto sobre los resultados conductuales y cognitivos, y estos podrían mejorarse mediante el uso del aprendizaje experiencial. Por su parte, otros estudios mencionan que los niños con sobrepeso tienen peores hábitos alimenticios y su consumo de dulces, bollería y embutidos estaban por encima de lo deseable.

## Discusión

Los estudios de intervención presentan uno o varios componentes (cognitivo, motivacional o comportamental) relacionados con la promoción de la alimentación saludable y la actividad física en los infantes. Estas intervenciones fueron diseñadas e implementadas por distintos profesionales, incluyendo docentes, técnicos en dietistas, médicos y enfermeras escolares, quienes tienen un papel esencial en el desarrollo de los escolares (Lima-Serrano & Lima-Rodríguez, 2014).

Las intervenciones se plantearon con metodologías muy similares en su gran mayoría, logrando efectos positivos en lapsos amplios de tiempo (Lima-Serrano & Lima-Rodríguez, 2014). La implementación de las intervenciones se realizó en distintos escenarios (escolar, comunitario, familiar). Para ello, se tuvo en cuenta una metodología variada: clases interactivas, actividades con los padres, modificación del menú escolar y del entorno físico, promoción de actividades físicas, pausas activas saludables y talleres de conductas de hábitos saludables; todo ello estuvo dirigido a los componentes cognitivos, motivacionales, comportamentales y actitudinales (Covelli, 2008; Dunton et ál., 2007; Haerens et ál., 2007).

La aplicabilidad de las intervenciones en el ámbito escolar, comunitario y familiar demostró algunas falencias en el diseño, como el tiempo establecido para la intervención: la falta de articulación en la implementación de la actividad física y una alimentación saludable demuestra que las intervenciones planteadas, aunque sean bastante o poco efectivas, deben incluir más aspectos para tener mayor eficacia.

Los resultados de los estudios revisados indican que las intervenciones diseñadas e implementadas en entornos escolares, comunitarios

y familiares, con seguimiento, promocionando la alimentación saludable y actividad física en los infantes con o sin sobrepeso u obesidad, en largos lapsos de tiempo, van a tener un efecto positivo tanto para el cambio físico como en las conductas saludables en los escolares y sus cuidadores (Chatzisarantis & Hagger, 2009; Lemieux et ál., 2008; Nguyen et ál., 2011).

La revisión integrativa presentada en relación con las intervenciones en escolares con o sin condición de sobrepeso u obesidad presenta información actual que contribuye a la consolidación de criterios, en los cuales se deberían centrar las acciones de promoción de hábitos saludables en esta población, para contribuir de esta manera a prevenir enfermedades de todo tipo en la edad adulta.

## Conclusiones

La presente revisión fue planteada para identificar los hallazgos de investigaciones existentes sobre estrategias de prevención primaria, orientadas a prevenir la obesidad infantil en los entornos escolares. En este sentido, a lo largo de la revisión se identificó que las intervenciones basadas en la prevención desde edades tempranas tienen mejores resultados. Con relación a las metodologías, el alcance de los objetivos fue el efecto en la reducción de peso y los cambios positivos en la alimentación de los niños, los cuales incluían mayor y más frecuente consumo de diversos grupos de alimentos, entre ellos proteínas, frutas y verduras; y menor consumo de ultraprocesados.

Sin embargo, cabe destacar que, aunque los entornos escolares son espacios que benefician y pueden propiciar intervenciones basadas en la prevención, la vinculación de la familia juega un papel muy importante. Lo anterior se deriva de que, cuando las intervenciones solamente se realizan en los colegios y no se vincula el entor-

no familiar, los efectos en la creación de hábitos saludables en los niños disminuye considerablemente.

Tras realizar el presente estudio y analizar los resultados obtenidos, se demuestra que las intervenciones mixtas son eficaces en la prevención del sobrepeso y obesidad en escolares. Resultados similares han sido reportados por quienes muestran que aquellas intervenciones que combinan programas de educación, realización de actividad física, cambios nutricionales y políticas institucionales son efectivos en la prevención de sobrepeso y obesidad infantil.

Por este motivo, para la reducción de índices de sobrepeso y obesidad infantil es necesario un trabajo dinámico y permanente, a nivel interinstitucional y transdisciplinario, en el cual profesionales de la salud y las familias trabajen unidos para ofrecer la mejor atención y cuidado a la población escolar. De esta manera, los programas de salud escolar desarrollados en las instituciones de enseñanza contribuyen a que los estudiantes presenten menores factores de riesgo y más factores protectores. No obstante, para lograr este objetivo deben plantear una educación en estilos de vida saludable, acciones para el cuidado y protección de los niños y adolescentes, y mecanismos para la construcción de una verdadera cultura de la salud.

## Recomendaciones

Hay que tener en cuenta las limitaciones demostradas por los estudios con respecto a que en el periodo no se encontraron resultados de intervenciones realizadas en la pandemia; tampoco se evidencia si estas intervenciones han tenido continuidad. Esta situación puede limitar la generalización de los resultados en otros escenarios geográficos y culturales.

Estas limitaciones hacen que se deba tener precaución a la hora de generalizar y concluir firmemente los resultados y sugieren la necesidad de nuevas investigaciones que tengan una mirada planteada a partir de la problemática de obesidad surgida tras la pandemia y las condiciones de confinamiento a la cual estuvo sometida la población. Además, existe una brecha en investigaciones que incluyan escenarios de contextos de países de bajos y medianos ingresos, que sean más cercanos a contextos como el nuestro.

Para el planteamiento de intervenciones futuras se recomienda realizar el estudio con una participación más amplia en la muestra de escolares y su familia; además, las intervenciones deben procurar ser sostenidas en el tiempo, dado que intervenciones longitudinales podrían propiciar prácticas de salud en la población escolar sostenidas en el tiempo y con impacto a largo plazo.

Es importante que estas intervenciones e investigaciones estén planteadas desde múltiples disciplinas y no solo con profesionales en salud; en este sentido, la articulación de cuerpo docente se hace importante en el planteamiento. Desde la disciplina de enfermería existen profesionales que podrían liderar y contribuir a temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En concordancia con lo anterior, es importante que durante los procesos de profesionalización en enfermería las cátedras universitarias propicien discusiones y escenarios de práctica en el trabajo con población escolar y sus familias.

Respecto de las limitaciones, indicamos que aun cuando se han incluido tres bases de datos con tiempo de cinco años, en inglés, español y portugués, la consolidación de criterios específicos para los hallazgos es compleja, dados los múltiples niveles de calidad de las intervenciones publicadas. Sin embargo, se han extraído

elementos relevantes para la construcción e implementación de intervenciones de calidad y que estén estandarizadas, de tal forma que se contribuya a la disminución de la incidencia del sobrepeso y obesidad en los escolares. En el futuro, se podrían realizar estudios de estos criterios en contextos y grupos con otras características y con indicadores más específicos y diferentes, que apoyen la construcción de intervenciones efectivas para enfrentar este problema de salud pública, dado que la obesidad infantil es un problema complejo.

Hasta hace pocos años el objetivo de la Organización de la Naciones Unidas y de los gobiernos de los países en vía de desarrollo era la prevención y el manejo de la desnutrición. Sin embargo, la universalización de la obesidad observada en las recientes décadas es en gran parte producto del fácil acceso a alimentos ricos en calorías y el cambio en el estilo de vida, caracterizado por el incremento de actividades sedentarias y la menor actividad física.

Por su parte, es necesario que las instituciones encargadas del manejo de la salud a nivel mundial, nacional y regional desarrollen políticas serias para lograr resultados nutricionales óptimos. Por ejemplo, la promoción del consumo de dietas saludables, ricas en carbohidratos complejos, vegetales verdes y frutas frescas, al mismo tiempo bajas en grasas saturadas, carbohidratos procesados, y bebidas azucaradas. Esto es esencial para tener una población saludable. La creación de la infraestructura necesaria como parques, canchas, piscinas, zonas peatonales y ciclovías estimularía a nuestros niños a realizar la actividad física recomendada, con la consecuente salud mental y física que el deporte trae a la sociedad (Lizardo & Díaz, 2012).

La obesidad es, al menos en la mayoría de los casos, el resultado de cambios en los estilos de vida de las personas y de los grupos sociales. Por un lado, el aumento del nivel económico ha

modificado la accesibilidad a los alimentos Y, por el otro lado, el desarrollo tecnológico ha hecho innecesario el desarrollo de esfuerzo físico en la vida diaria de la mayoría de las personas. Ahora nos vemos ante la tesitura de intentar dar marcha atrás en unas urbes hipertrofiadas, llenas de vehículos, sin espacio para el caminante. Además, en un mercado de la alimentación en el que predominan las ofertas y la publicidad sobre productos que proporcionan aportes energéticos muy superiores a lo necesario, pero que el público ha ido asimilando como normal, natural o legítimo consumir. En un contexto social en el que las familias han modificado su estructura y relaciones de forma sustancial (Aranceta Bartrina et ál., 2005).

La modificación de la alimentación en la población pediátrica con obesidad juega un papel fundamental en el manejo de las dislipidemias y debe instituirse como la forma en que esta población deberá alimentarse durante las diferentes etapas a lo largo de la vida. Mediante la educación nutricional se pretende modificar el comportamiento alimentario de los niños, ya que se le considera un instrumento eficaz para promover la salud y prevenir la enfermedad.

Empero, para que un programa de educación nutricional sea eficaz debe incluir los conocimientos, el desarrollo de las actitudes positivas hacia la salud y la implementación, finalmente, de conductas permanentes. Para indicar el plan de alimentación como primer paso, es necesario investigar los hábitos alimentarios por medio del registro de frecuencia de consumo de alimentos para conocer la fuente principal de azúcares simples y grasas. El recordatorio de 24 horas es una herramienta útil para que el profesional de salud obtenga de manera adecuada el consumo de calorías y el porcentaje de macronutrientes, los cuales le serán de utilidad para conocer los gustos o preferencias, la distribución y los horarios de alimentos del niño y su familia. En menores de 2 años se recomienda

el consumo de leche entera, y el de descremada después de que pasen esa edad. Los objetivos del tratamiento de las dislipidemias en el niño con obesidad incluyen un plan específico de alimentación para la alteración del perfil de lípidos que permita normalizar el colesterol total, los triglicéridos, el colesterol HDL, el LDL y mantener velocidad de crecimiento y maduración normales, esto de acuerdo con las recomendaciones del comité de expertos de la Academia

Americana de Pediatría y la Asociación Americana del Corazón (Gómez-Díaz & Wachter-Rodarte, 2014).

**Conflicto de Interés:** los autores no declaran conflicto de interés.

**Financiación:** esta revisión no contó con ningún tipo de financiación.

## Referencias Bibliográficas

- Alba-Martín, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global*, 15(2), 40-62. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.15.2.212531>
- Alcaldía de Medellín. (2020). Profundización del análisis de la situación de Salud, Medellín 2005-2018: 2 seguridad alimentaria y nutricional.
- Aranceta Bartrina, J., Rodrigo, C. P., Ribas Barba, L., & Serra Majem, L. (2005). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, VII, 13-20002E
- Batista, M. da S. A., Mondini, L., & Jaime, P. C. (2017). Acciones del Programa de Salud Escolar y de la alimentación escolar en la prevención del sobrepeso infantil: Experiencia en el municipio de Itapevi, São Paulo, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 569-578. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300014>
- Bonilla Ibañez, C. P., & Heredia, L. P. D. (2019). Características de las intervenciones realizadas con adolescentes en condición de sobrepeso y obesidad: una revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 10(3). <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.V10I3.681>
- Chatzisarantis, N. L. D., & Hagger, M. S. (2009). Effects of an intervention based on self-determination theory on self-reported leisure-time physical activity participation. *Psychology & Health*, 24(1), 29-48. <https://doi.org/10.1080/08870440701809533>
- Covelli, M. M. C. (2008). Efficacy of a school-based cardiac health promotion intervention program for African-American adolescents. *Applied Nursing Research*, 21(4), 173-180. <https://doi.org/10.1016/J.APNR.2006.12.004>
- Dunton, G. F., Schneider, M., & Cooper, D. M. (2007). An investigation of psychosocial factors related to changes in physical activity and fitness among female adolescents. *Psychology & Health*, 22(8), 929-944. <https://doi.org/10.1080/14768320601124915>
- Gómez-Díaz, R. A., & Wachter-Rodarte, N. H. (2014). Obesidad infantil y dislipidemia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(0443-51), 102-108.
- Haerens, L., De Bourdeaudhuij, I., Maes, L., Vereecken, C., Brug, J., & Deforche, B. (2007). The effects of a middle-school healthy eating intervention on adolescents' fat and fruit intake and soft drinks consumption. *Public Health Nutrition*, 10(5), 443-449. <https://doi.org/10.1017/S1368980007219652>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2015). ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>



Kain, J., Lera, L., Ib, M., Rojas, J., & Uauy, R. (s. f.). Obesidad en preescolares de la Región Metropolitana de Chile. Obesity among preschool children of Santiago, Chile.

Lemieux, A. F., Fisher, J. D., & Pratto, F. (2008). A Music-Based HIV Prevention Intervention for Urban Adolescents. *Health Psychology, 27*(3), 349-357. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.349>

Lima-Serrano, M., & Lima-Rodríguez, J. S. (2014). Impact of school-based health promotion interventions aimed at different behavioral domains: A systematic review. *Gaceta Sanitaria, 28*(5), 411-417. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2014.05.003>

Lizardo, A., & Díaz, A. (2012). Sobrepeso y obesidad infantil. *Revista Médica Honduras, 79*(4), 207-213.

Ministerio de Salud. (2020). Guías colombianas para el manejo científico de la obesidad.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., ... Tugwell, P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine, 6*(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097>

Monteiro, C. A., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2004). The Burden of Disease From Undernutrition and Overnutrition in Countries Undergoing Rapid Nutrition Transition: A View From Brazil. *American Journal of Public Health, 94*(3), 433. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.3.433>

Moreno Villares, J. M., & Galiano Segovia, M. J. (2020). Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría Integral, 24*(2), 98-108.

Moreno Z., L., Concha L., F., & Kain B., J. (2012). Intensidad de movimiento de escolares durante clases de educación física de colegios municipales: resultados según el profesional que efectúa las clases. *Revista Chilena de Nutrición, 39*(4), 123-128. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182012000400003>

Nagle, B. J., Holub, C. K., Barquera, S., Sanchez-Romero, L. M., Eisenberg, C. M., Rivera-Dommarco, J. A., Mehta, S. M., Lobelo, F., & Arredondo, E. M. (2013). Interventions for the treatment of obesity among children and adolescents in Latin America: A systematic review. *Salud Pública de México, 55*(Supplement 3), 434-440.

Nguyen, B., Kornman, K. P., & Baur, L. A. (2011). A review of electronic interventions for prevention and treatment of overweight and obesity in young people. *Obesity Reviews, 12*(5), e298-e314. <https://doi.org/10.1111/J.1467-789X.2010.00830.X>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Rodríguez Rojas, Y. L., & Argüello Gutiérrez, P. (2014). Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil: Una revisión sistemática. 16.

Rodríguez-Ojea, A., Jiménez, S., Berdasco, A., & Esquivel, M. (2002). The nutrition transition in Cuba in the nineties: An overview. *Public Health Nutrition*, 5(1a), 129-133. <https://doi.org/10.1079/PHN2001284>

Rosado-Cipriano, M. M., Silvera-Robles, V. L., & Calderón-Ticona, J. R. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 24(4), 163-169. <https://doi.org/10.36393/SPMI.V24I4.465>

Sotomayor, S., Bernal, M., & Ponce, G. (2010). Sobrepeso y obesidad infantil: necesidad de intervención de enfermería. *Enfermería universitaria*, 7(2).

Visiedo, A., Sainz de Baranda, P., Crone, D., Aznar, S., Pérez-Llamas, F., Sánchez-Jiménez, R., Velázquez, F., Berná-Serna, J. de D., & Zamora, S. (2016). Programas para la prevención de la obesidad en escolares de 5 a 10 años: Revisión de la literatura. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 814-824. <https://doi.org/10.20960/nh.375>

Wajihah, S., & Ghazalli, R. (2020). Association between the school environment and children's body mass index in Terengganu: A cross sectional study. *PLoS ONE*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0232000>

Zacarías, G., Shamah-Levy, T., Elton-Puente, E., Garbus, P., & García, O. P. (2019). Development of an intervention program to prevent childhood obesity targeted to Mexican mothers of school-aged children using intervention mapping and social cognitive theory. *Evaluation and Program Planning*, 74, 27-37. <https://doi.org/10.1016/J.EVALPROGPLAN.2019.02.008>

## MANEJO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA ESPIRITUALIDAD DESDE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMERÍA

Eliana Pérez Kowoll<sup>1</sup>, Ana Lucía Ribero Ocampo<sup>2</sup>

### Resumen

El presente artículo, a partir de una revisión bibliográfica, aborda el manejo y acompañamiento del cuidado espiritual en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos, en el marco del desarrollo de su enfermedad y su entorno familiar.

El objetivo de la presente investigación fue comprender la relación existente entre la espiritualidad, la religión y el desenlace clínico de los pacientes con ECNT y pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos.

Para ello, se utilizaron cuatro bases de datos: Google Académico, Lilacs, Scielo y Pubmed; usando los siguientes términos de búsqueda: espiritualidad, enfermería, calidad de vida, religión.

Se concluye que el cuidado espiritual en el contexto de los cuidados paliativos se estructura a partir de un plan de cuidados de enfermería. Dicho plan se basa en percibir los procesos de enfermedad o de fin de vida y en identificar de modo oportuno las necesidades espirituales del paciente y familia.

**Palabras clave:** enfermería, calidad de vida, espiritualidad, religión, cuidados paliativos.

### Historial del artículo

Fecha de recibido: 12-08-2022 | Fecha de aceptado: 07-10-2022

©2022 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia

Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

DOI: 10.26752/revistaparadigmassh.v4i2.669

---

<sup>1</sup>Enfermera. Estudiante de la Maestría en Cuidados Paliativos, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C., Colombia.  
Autor para correspondencia. Correo electrónico: eperezk@unbosque.edu.co

<sup>2</sup>Enfermera. Estudiante de la Maestría en Cuidados Paliativos, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C., Colombia.  
Correo electrónico: aribero@unbosque.edu.co

## MANAGEMENT OF SPIRITUALITY FROM PALLIATIVE CARE IN NURSING

### **Abstract**

This bibliographic review article addresses the management and follow-up of spiritual care in patients with chronic non-communicable diseases (NCDs) and cancer patients who receive palliative care in the development of their disease and their family environment.

Objective: To understand the relationship between spirituality, religion and the clinical outcome of patients with CNCD and cancer patients receiving palliative care.

Method: 4 databases were used: Google Academic, Lilacs, Scielo and Pubmed with the following thesauri: spirituality, nursing, quality of life, religion.

Conclusions: Spiritual care in the context of palliative care is structured from a nursing care plan. This plan is based on perceiving the processes of illness or end of life, on identifying in a timely manner the spiritual needs of the patient and family.

**Keywords:** nursing, quality of life, spirituality, religion, palliative care.

## Introducción

Con el paso del tiempo, se ha confundido el concepto de religiosidad y espiritualidad, pues se ha creído que los dos tienen el mismo significado. En un inicio, se daba a entender que la espiritualidad era el creer y practicar una religión, la cual era constituida por teorías, dogmas, símbolos o doctrinas que hacen parte de una comunidad con el fin de expresar experiencias espirituales de índole personal (Fuentes, 2019).

Según González-Rivera (2019), la espiritualidad es un proceso de búsqueda, conectividad, autoconocimiento y contribución social, el cual facilita el crecimiento personal. De esta forma, la espiritualidad suele estar ligada a elementos que se consideran sagrados por la humanidad y un fuerte poder de creencia. Con el paso de los años, se han aclarado y separado los conceptos de espiritualidad y religiosidad. Por un lado, científicos hacen la aclaración que la religiosidad se encuentra ligada más a aspectos institucionales y formales de la práctica religiosa, mientras que, por otro lado, la espiritualidad la asocian a la experiencia individual y subjetiva de una persona. Un artículo de espiritualidad y salud (Navas & Villegas, 2007) destaca que este primer concepto se asocia con una mejor calidad de vida y salud tanto física como mental, influyendo de forma positiva en pacientes que padecen de ansiedad, depresión o en etapas terminales de ECNT.

La enfermería se ha encargado de brindar un trato y cuidado biopsicosocial, como se expone en el artículo “La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería” (Veloza & Pérez G., 2009):

*El cuidado no es meramente una técnica, es ayudar al otro a crecer en su integridad y su unidad, a mantener su dignidad y su singularidad. El cuidar no es hacer un procedimiento estandarizado y evaluado mediante indicadores. Consiste en una intención*

*para favorecer el bienestar, para mantener al otro seguro y confortable, minimizando los riesgos y reduciendo su vulnerabilidad. (p. 10)*

La enfermería posee herramientas que le permiten identificar las necesidades espirituales de las personas a su cargo, a través de la comunicación, entrevistas, lenguaje verbal y no verbal, contacto visual. Esto es asumido por el profesional de cuidado y permite brindarle a la persona herramientas que le faciliten la confianza, convivencia y armonía. El cuidado espiritual se genera por medio de acciones directas enfermero-paciente-familia, las cuales buscan potencializar la espiritualidad y fortalecer el bienestar de ellos.

Por su lado, la calidad de vida (Jasso-Soto et ál., 2017) es un equilibrio a nivel físico, social, emocional y económico, determinada por la percepción que el individuo genera de sí mismo y el contexto sociocultural en el que se cría. La calidad de vida se determina por las siguientes dimensiones: **estado físico:** se evalúan el dolor y el malestar, la dependencia de medicación o tratamiento, la energía y fatiga, el descanso y el sueño, la actividad cotidiana y la capacidad de trabajar; **estado psicológico:** caracterizado por sentimientos positivos y negativos, la espiritualidad o creencias religiosas, el aprendizaje, la imagen corporal y la autoestima; **relaciones sociales:** interacciones personales, actividad sexual y soporte social; **medio ambiente:** son variables que afectan la seguridad física, el entorno, los recursos económicos y los cuidados de salud.

En el artículo denominado “Cuidados paliativos: el alivio que necesita cuando tiene una enfermedad grave” (National Institute of Nursing Research, s.f.), se destaca que estos son intervenciones que hacen parte del tratamiento integral del cuidado de la persona, que generan alivio en la sintomatología y el estrés que produce la enfermedad en el individuo. Estos cui-

datos contribuyen al tratamiento inicial y generan alivio en el sufrimiento, así como mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Su principal objetivo es el alivio de los síntomas como dolor, dificultad respiratoria, náuseas, vómitos, estreñimiento, entre otros.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ( s. f.) refieren que son intervenciones aplicadas al paciente para mejorar su calidad de vida y la de su familia, generando alivio del sufrimiento. Revisando este panorama inicial del tema, se plantea desde este estudio la posibilidad de comprender la relación entre la espiritualidad, la religión y el desenlace clínico de los pacientes con ECNT y pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos.

## Justificación

El cuidado paliativo trata la conexión entre la espiritualidad y el sentido de la vida, conceptos que trascienden la tradición cartesiana y biomédica del medio académico actual. De esta manera, abordar la espiritualidad permite una interacción que considera la individualidad del paciente y a la vez aporta una impronta al trabajo de los profesionales al generar vínculos entre ellos, los familiares y los mismos pacientes. Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, la espiritualidad puede guiar el comportamiento de las personas, en relación con la vivencia de su enfermedad y la toma de decisiones en salud. En este sentido, varios autores coinciden en definir la espiritualidad como una integración entre la vida y el mundo a través de una búsqueda personal para entender la existencia humana, el significado de la vida y cómo esta se relaciona con lo sagrado y lo trascendente.

Es habitual que los pacientes con enfermedades crónicas necesiten explorar, compartir y encontrar una explicación a su enfermedad o a la posibilidad de una muerte próxima. Esa búsqueda

de significados y propósitos para satisfacer las necesidades de afecto, de perdón y de relacionarse con el entorno son importantes en la existencia de las personas, ya que influyen en las condiciones, estilos de vida, actitudes y sentimientos frente a la enfermedad. Aunque la muerte es un proceso natural, su proximidad a veces es vista de un modo amenazante; sin embargo, hay ocasiones en que esta situación favorece la capacidad de despertar ese lado espiritual que ha permanecido silente durante la mayor parte de la vida.

La religiosidad, las creencias y cualquier práctica propia de la cultura de las personas son factores protectores que, ante la frustración y el desánimo, devuelven la esperanza y el optimismo frente a la enfermedad, transformando de algún modo las situaciones críticas en experiencias positivas. En la práctica clínica, se evidencia cómo el profesional en enfermería, por estar más tiempo en contacto con los pacientes, es quien tiene la oportunidad de fortalecer esa relación, para así fomentar el despertar espiritual al identificar cuáles son las necesidades de cada uno y cómo estas se podrían abordar (Cuartas-Hoyos et ál., 2019). Florence Nightingale, una de las principales teóricas de enfermería, contempló la importancia de la espiritualidad en el cuidado: para ella, la espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación del que dispone la persona (Alexandra et ál., 2013).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) conformó su Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos (GES), compuesto por clínicos que han propuesto desarrollar una atención integral, que contemple la atención al sufrimiento y a las necesidades y recursos espirituales de los pacientes y sus familiares. Desde 2004, trabaja con una composición multiprofesional y una perspectiva antropológica integral, humanista y transconfesional.

Kathleen D. Singh, desde su amplia experiencia en acompañamiento, describió cómo un gran porcentaje de los pacientes, en el último tramo de su vida, independientemente de que tuvieran o no deseo consciente de trascendencia, parecían entrar en un estado modificado de conciencia que llamó experiencia de la cercanía de la muerte, que, entre otros, incluye sentimientos de conexión y paz. Esta autora recuerda que los pacientes describieron la transformación que se da al final de la vida como “el descubrimiento individual acelerado de sí mismo. Singh indica que la experiencia de la proximidad de la muerte puede, por sí misma, concentrar en pocos momentos la oportunidad de crecimiento espiritual que puedan dar años de intensa disciplina espiritual (Benito et ál., 2016).

Por su lado, dentro de las barreras identificadas para integrar la espiritualidad en los cuidados paliativos se encuentran: escaso tiempo, falta de habilidades desarrolladas y miedos acerca de lo que los pacientes puedan reportar, falta de formación, falta de apoyo. La espiritualidad individual del profesional de enfermería influiría en los servicios que prestan cuidados paliativos. Se identifican como cualidades esenciales: receptividad, humanidad, competencia y positividad. Entre las habilidades para la comunicación espiritual se encuentran: autoconciencia, estrategias de evaluación de necesidades espirituales, presencia compasiva, entre otras (Massa et ál., 2020).

## Metodología

El estudio se basó en una investigación cualitativa descriptiva, en la que se realizó una revisión sistemática de literatura en cuatro bases de datos: Google Académico, Lilacs, Scielo y Pubmed; los siguientes fueron los tesauros utilizados: espiritualidad, enfermería, calidad de vida, religión, cuidados paliativos. Se filtraron por año de publicación, de 2018 a 2022, en idioma español e inglés. Los criterios de inclu-

sión fueron: pacientes con cáncer al inicio y fin de vida, pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la implementación de la espiritualidad en enfermería. Dentro de los criterios de exclusión se descartaron artículos que estuviera en otro idioma y que tuvieran fecha anterior al 2017, que no contara con pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y con cáncer dentro del estudio.

## Conclusiones

El cuidado espiritual en el contexto de los cuidados paliativos se estructura a partir de un plan de cuidados de enfermería. Ese plan se basa en percibir los procesos de enfermedad o de fin de vida, así como en identificar de modo oportuno las necesidades espirituales del paciente y familia. El manejo de las necesidades espirituales implica un esfuerzo por prevenir o aliviar el sufrimiento y generar factores protectores ante la frustración y el desánimo del paciente y la familia.

Los pacientes con enfermedades en etapa terminal necesitan recibir unos cuidados holísticos por parte del personal de enfermería y del equipo multidisciplinario que lo acompañe; se trata de ofertar cuidados de la máxima excelencia para hacer frente a la situación de dolor. La espiritualidad y sus necesidades son un campo poco explorado por las enfermeras porque en su proceso de formación no hubo una adecuada enseñanza de cómo abordar la espiritualidad en los pacientes en final de vida.

Es importante empezar a implementar estos cuidados para dar una atención integral al paciente y, de esta manera, poder disminuir síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Adicionalmente, los profesionales deberán aprender a implementar una comunicación auténtica y congruente en las relaciones con los pacientes y abrir campos de investigación en esta dimensión humana.

## **Agradecimientos**

Deseamos dejar constancia de nuestro agradecimiento al profesor Eddier Martínez Álvarez y a la profesora Lina María Vargas por su valiosa revisión y las sugerencias que hicieron acerca de este trabajo, lo cual ayudó a mejorar su calidad.



## Referencias Bibliográficas

Alexandra, M., Galvis Lopez, M., & Pérez, B. (2013). Revisión de la literatura sobre el concepto “Espiritualidad” aplicado a la práctica de enfermería. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 3, 5.

Benito, E., Dones, M., & Babero, J. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 13(2-3), Art. 2-3. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54442>

Cuartas-Hoyos, P., Charry-Hernández, R.-L., Ospina-Muñoz, P., & Carreño-Corredor, S. (2019). Spiritual care: A look from the perspective of the model of symptom management and palliative care.

González-Rivera, J. (2019). Espiritualidad a lo largo de la vida: Implicaciones para la psicología (pp. 291-309). <https://www.researchgate.net/publication/333223911>

Jasso-Soto, M.E., Pozos-Magaña, M.G., Cadena-Estrada, J.C., Olvera-Arreola, S.S. (2017). Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. *Revista de Enfermería IMSS*. 25(1):9-17. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69912>

Massa, Á. A., Barra, A. N. de la, & Ducviq, C. G. F. (2020). Espiritualidad en el contexto de cuidados paliativos oncológicos dirigidos a personas mayores. *Persona y Bioética*, 24(2), Art. 2. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.2>

National Institute of Nursing Research. (Sin fecha). Cuidados paliativos: el alivio que necesita cuando tiene una enfermedad grave | Recuperado 16 de enero de 2023, de <https://www.ninr.nih.gov/news-dinformation/publications/cuidados-paliativos-para-enfermedad-grave>

Navas, C., & Villegas, H. (2007). Espiritualidad y salud. *Saberes compartidos*, 1, 34-42.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (Sin fecha). Cuidados paliativos. OPS/OMS. Recuperado 16 de enero de 2023, de <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

*Revista Colombiana De Enfermería*, 18(1), e005. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341>Fuentes, L. del C. (2019). La religiosidad y la espiritualidad: ¿son conceptos teóricos independientes? *Revista de Psicología*, 14(28), Art. 28.

Veloza, M., & G, B. (2009). La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. *Hallazgos*, 6. <https://doi.org/10.15332/s1794-3841.2009.0011.08>

## MÁS ENFERMERAS PARA LAS MUJERES

Johanna Cepeda Saavedra<sup>1</sup>

### Resumen

El aborto es un tema que se ha encontrado en la agenda mundial de discusión, principalmente por su impacto en la salud y la vida de las mujeres, así como su estrecha relación con la morbimortalidad materna. Colombia desde hace más de 16 años ha avanzado en el reconocimiento de esta situación como un derecho y una necesidad de carácter sanitario, en respuesta a diversas estrategias y tratados internacionales. Sin embargo, se han encontrado diferentes barreras de acceso y prácticas violentas contra las mujeres que deciden no continuar con un embarazo por parte de los servicios de salud. Este artículo es un llamado a la reflexión sobre la importancia de ejercer un cuidado ético y respetuoso a quienes se deciden por un aborto, apelando a las obligaciones éticas que nos rigen como profesionales, así como de nuestro importante papel en la defensa y protección de los derechos de las mujeres y niñas.

**Palabras clave:** aborto legal, atención de enfermería, derechos de la mujer, perspectiva de género.

*Historial del artículo*

*Fecha de recibido: 07-08-2022 | 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.v4i2.655*

---

<sup>1</sup>Enferma, Universidad El Bosque, con Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. Profesional de Asistencia Técnica en Fundación ESAR. Cofundadora del Grupo de Enfermería por el Derecho a Decidir. Bogotá, D.C., Colombia. ORCID 0000-0003-3713-6502. Autor para correspondencia, correo electrónico: johacepedas@gmail.com

## MORE NURSES FOR WOMEN

### **Abstract**

Abortion is an important issue on the global agenda discussion mainly because of its impact on women's health, and its close relationship with maternal morbidity and mortality. Colombia has advanced in the recognition of abortion as a right and as a health need since 2006 in response to health strategies and international treaties. However, there are still different access barriers and violent practices against women from the health services to those who decide not to continue with a pregnancy. This article is a call to reflection on the importance of exercising ethical and respectful care for those who decide for an abortion based on the ethical obligations that rule us as professionals, as well as our critical role in defending and protecting girls and women's rights.

**Keywords:** abortion legal, nursing care, women's rights, gender perspective.

Probablemente, pensemos que el aborto no es “necesario”, que ya estamos los profesionales en salud para brindar servicios y que (como casi todas las exigencias de las mujeres frente a sus necesidades) este termina siendo una “exageración”. Así lo llaman muchas personas.

La enfermería, a pesar de ser una carrera feminizada, no está diseñada en la forma que debería, pues no ha tomado un rol en la defensa y protección de los derechos de las mujeres, como bien podría hacerlo. En este escrito, quiero hacer una crítica y una invitación a movernos en un área en la que nuestro liderazgo y acción son sumamente importantes, pero en la que no hemos tenido la incidencia que deberíamos por responsabilidad ética y profesional: el aborto.

El aborto es un tema que se ha posicionado en la agenda mundial de discusión desde hace varias décadas, principalmente por el impacto que ha tenido en la salud y en la vida de las mujeres, específicamente por su estrecha relación con la morbilidad materna (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Los datos más recientes indican que en el mundo el 48% de todos los embarazos son no deseados y que de estos el 61% terminan en un aborto, con un total de 73 millones de abortos en todo el mundo (Bearak et ál., 2020).

Del total de abortos, el 31% son poco seguros y el 14% son nada seguros; el 40% de las mujeres que se someten a estos procedimientos sufren complicaciones, lo que causa anualmente la muerte de entre 22.800 a 31.000 mujeres cada año. El aborto inseguro continúa causando el 11% de las muertes maternas a nivel mundial, siendo la única razón completamente prevenible (Singh et ál., 2017). En Colombia, 70 mujeres mueren cada año a causa de abortos inseguros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) y cerca de 130.000 sufren complicaciones asociadas según los últimos datos oficiales (Prada et ál., 2010).

Son 70 mujeres las que anualmente pierden su vida. Como Lorena Inmaculada Gelis Palomino, mujer barranquillera de 37 años que murió por causa de un aborto clandestino en enero del 2022 (Revista Semana, 2022), mientras esperaba un fallo de la Corte Constitucional frente a una demanda de inconstitucionalidad interpuesta por el movimiento Causa Justa, para que el aborto dejara de ser un delito y fuera abordado como lo que es: una necesidad de salud y un asunto de justicia social. Lorena podía haber estado entre nosotras y seguir trabajando como lo hacía, o tal vez podría estar cumpliendo sus sueños, si no se hubiese enfrentado a una sociedad egoísta en la que las mujeres con más necesidades son las que ponen su vida en riesgo cuando enfrentan un embarazo no deseado; por hacer parte de un entorno que solo se ha dedicado a poner obstáculos para impedir que las mujeres y niñas puedan acceder a servicios de interrupción voluntaria del embarazo, bajo el marco de la sentencia C 355 de 2006.

Después de 16 años de su promulgación había una mujer muriéndose, que no tuvo acceso a un aborto seguro, al que pudo haber recurrido probablemente bajo la causal salud. Lo anterior permite entender su definición de manera amplia, como lo determina la OMS (WHO, 1946), pues lo que se sabe es que no tenía la capacidad económica para asumir una maternidad. Asimismo, existía una demanda de inconstitucionalidad a la que más de 100 organizaciones y 150 personas se sumaron, pidiendo a la Corte que eliminara el delito de aborto por ser obsoleto, injusto y discriminatorio, y por configurarse como una barrera estructural para el acceso a servicios seguros, aun teniendo las tres causales que se establecían en la sentencia C355 desde el año 2006 (Ministerio de Salud, Sentencia C355/2006, 2006) y más de 22 sentencias posteriores que reconocían el derecho al aborto para mujeres y niñas en Colombia.

En la documentación de barreras de acceso a servicios de aborto se encontró de manera consistente e importante que muchas tenían que ver con el desconocimiento del marco legal, su interpretación restrictiva y las fallas en el sector salud (González Velez & Castro, 2017). Precisamente, del sector salud hacemos parte el personal de enfermería. Estas barreras representaron una violación a los derechos de miles de mujeres y niñas en Colombia, que fueron obligadas a llevar a término embarazos que no deseaban o a buscar servicios clandestinos, muchas veces inseguros, como pasó con Lorena. Y varias de las mujeres que tuvieron acceso fueron víctimas de diferentes prácticas dilatorias y violentas dentro de los servicios sanitarios.

Como profesionales de enfermería estamos regidas/os por un código ético inherente que resalta en nuestra labor el respeto por los derechos humanos (Consejo Internacional de Enfermeras, 2005); además, tenemos principios que regulan nuestro actuar, incluyendo los principios bioéticos (LEY 911 DE 2004, 2004). Nuestra responsabilidad es con todas las personas que necesiten cuidado, bajo un entorno de respeto, para dirigir nuestro ejercicio en iniciar y mantener la satisfacción en las necesidades de salud y en particular la de las poblaciones vulnerables. Tenemos un papel fundamental en la defensa de la equidad y la justicia social frente a la distribución de los recursos, incluyendo el acceso a los cuidados de salud y demás servicios sociales y económicos. Nuestros deberes fundamentales se sustentan en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración de la salud y el alivio del sufrimiento (Consejo Internacional de Enfermeras, 2005). Todos estos postulados deben ser aplicados sin discriminación alguna y las mujeres que solicitan un aborto también deben ser beneficiarias de una atención profesional ética y de calidad.

Sin embargo, son múltiples los casos en los que la ética profesional se soslaya por posturas personales y juicios de valor frente a las decisiones reproductivas de mujeres y niñas, situación que se ha documentado en todos los procesos reproductivos, incluyendo la decisión de abortar. Cuando se realizan acercamientos a las percepciones, significados y opiniones de los profesionales de salud con respecto a las mujeres que abortan, sí se ha encontrado que la práctica asistencial, actitudes discriminatorias hacia las mujeres y la falta de humanización en la atención está altamente influenciada por preceptos morales y religiosos (López, 2014). Por ejemplo, existen estudios sobre violencia obstétrica que señalan como primer maltratador al personal de enfermería (Terán et ál., 2013) y, frente a las mujeres que están en situación de aborto, los datos coinciden en afirmar actitudes de rabia, prejuicio, condena y discriminación, con una asistencia mecanicista, burocrática, de negación de servicios y muchas veces violenta (Pitilín et ál., 2016).

Se conocen casos de no aplicación de medicación para el dolor, negación de las medidas básicas de confort, amenazas y malos tratos como forma de aleccionamiento a mujeres y niñas que decidieron interrumpir su embarazo de forma legal o a aquellas de las que se sospechaba habían usado maniobras para inducirse un aborto. Un caso que se hizo público de este tipo de situaciones fue el descrito por la escritora Piedad Bonnett en un diario nacional (Bonnett, 2018), en el que relata cómo en un hospital de la ciudad de Bogotá se estarían cometiendo tratos inhumanos al parecer como castigo contra las mujeres que solicitaban interrumpir su embarazo:

Graciela estaba con otras mujeres, que estaban haciéndose un IVE por alguna de las tres causales que permite la ley. Aunque suplicaban, las enfermeras no les pusieron bata ni trajeron un pato a tiempo. La puerta estaba abierta, y todo

el mundo podía ver aquellas mujeres desnudas y gimiendo. Todas debieron compartir la misma bolsa para el vómito. Su pareja se encargó de limpiar a Graciela, que pujó y pujó, con un feto de casi seis meses en su vientre, sin que le dieran siquiera una aspirina... A la chica de 17 años que estaba a su lado, que fue violada, estaba sola y no dejaba de llorar, la enfermera le puso enfrente el feto que arrojó.

Probablemente, quienes hemos ejercido la profesión o hemos tenido la oportunidad de realizar prácticas en el entorno clínico-hospitalario conocemos múltiples casos de este tipo, en el que las necesidades de atención en salud se convierten en una plataforma de oportunidad para ejercer poder sobre los cuerpos de mujeres y niñas que no están cumpliendo con el mandato de ser madres. Tal vez, lo aprendimos de una de nuestras profesoras más admiradas; tal vez, lo escuchamos de esa colega que por su amplia experiencia y tiempo de labor era un referente de respeto, o tal vez fuimos nosotras/os quienes con una palabra o una acción violentamos a una mujer o una niña que en su conciencia no se visualizaba como madre y tomó la decisión de interrumpir un embarazo o contra aquellas de las que se sospechaba habían realizado maniobras abortivas.

Yo recuerdo que era muy común en mis años de trabajo hospitalario la persecución e indagatorias casi judiciales del personal de salud a aquellas mujeres que llegaban con un sangrado obstétrico; toda mujer con aborto en curso era vista desde la sospecha, más si era muy joven y con bajo nivel socioeconómico. Recuerdo haberme enterado de casos de aborto inducido que se comprobaban en urgencias mediante el examen físico, al hallar restos de Misoprostol en el conducto vaginal de las mujeres. Cuando yo no estaba ejerciendo en ese servicio, el rumor llegaba a todos los pasillos. Recuerdo recibir pacientes en posoperatorio de legrado, esperando horas una cama que le había sido

negada porque se “había hecho un aborto”. Recuerdo haber escuchado: “Le di la cama a otra, ella que se espere”, sin más criterio que la decidía. Recuerdo haber escuchado comentarios como: “Ni las perras hacen una cosa de esas” o “Asquerosa irresponsable”. Recuerdo haber visto cómo a la “del aborto” le demoraban más la atención. Recuerdo también las miradas y las formas en que se dirigían a esas mujeres. También cómo, desde el rechazo que generaban, poco o nada interesaba preguntarles cómo se sentían o el poco interés para que esa mujer pudiera prevenir un embarazo en un futuro. Recuerdo cómo, al ser una de las pocas profesionales que se acercaba a estas mujeres, me llamaban de otros servicios a decirme “Jefe, le llegó una paciente de esas que a usted le gustan”; o algunas auxiliares de enfermería más solidarias me buscaban para contarme situaciones de violencia que otras personas ejercían contra estas mujeres, para así poder hacer algo.

Estos son algunos ejemplos de cómo dejamos de ejercer como profesionales y empezamos a ejercer como jueces desde nuestros propios prejuicios. Cuando trabajamos con personas con necesidades de salud, en un entorno patriarcal y con situaciones que involucran decisiones tan íntimas como las reproductivas, se vuelve muy fácil cruzar esa línea. Por esto, es importante plantearnos una práctica basada en derechos y con enfoque de género en la atención de enfermería, que transforme la atención sanitaria desde adentro.

Necesitamos dejar de hacerle el juego al patriarcado, necesitamos dejar de lavar la cara a personas y servicios con conductas machistas que atentan contra los derechos y las decisiones reproductivas más íntimas de mujeres y niñas. Es fundamental alzar la voz frente a la falta de voluntad institucional en la implementación de medidas que permitan que mujeres accedan a servicios de aborto de manera segura y legal; debemos involucrarnos en la transformación

de protocolos institucionales en los que se utilicen las mejores tecnologías que garanticen un aborto seguro para las mujeres, esto implica dejar de tener abortos poco seguros en instituciones eliminando la práctica del legrado, maniobra obsoleta y no recomendada.

En nuestro ejercicio debemos estar vigilantes y rechazar todas aquellas prácticas violentas que han sido naturalizadas como manera de coaccionar y castigar las decisiones de otras personas. Recordemos que nuestra tarea es aliviar el sufrimiento y que, cuando nos quitamos la venda de los prejuicios personales y nos acercamos a la realidad de las mujeres, encontraremos en la mayoría de los casos que lo que rodea a un embarazo no deseado es el sufrimiento desde diferentes perspectivas, entonces, para una mujer que toma esta decisión termina siendo el aborto el alivio.

Necesitamos conocer y cumplir la legislación que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas. El aborto es un derecho reconocido por la Corte Constitucional según la Sentencia C 355 de 2006 y se ratifica en la Sentencia 055 de 2022, porque reconoce que las mujeres no somos meramente un receptáculo o un instrumento reproductivo. Por esta razón, obligarnos a continuar embarazos que no deseamos atenta de manera importante contra derechos fundamentales como nuestra vida, nuestra salud y nuestra dignidad como personas. Debemos cumplir con los protocolos y resoluciones que vinculan el derecho al aborto como parte importante de atención en las rutas de atención materno perinatal (Mi-

nisterio de Salud y la Protección Social, 2018), porque además de minimizar la carga de morbi-mortalidad materna se trata de garantizar maternidades saludables, y aquellas forzadas no lo permiten.

Es necesario superar la visión estereotipada de lo que significa ser mujer, que la maternidad no es una respuesta innata al sabernos mujeres. Que puede que sea negada por decisión de manera definitiva en la vida de algunas o en un momento del ciclo vital de otras. Que las vidas de las mujeres están atravesadas por inequidades de género que generan situaciones de violencia o manipulación, de falta de control sobre la vida sexual, dificultad sobre decisiones frente a la prevención, de falta de información o de acceso a servicios. O simplemente en la vida de las mujeres ocurren realidades como una omisión, un olvido o una falla y ninguna de estas situaciones debería ser castigada con una maternidad impuesta.

El concebir la atención con una mirada feminista, entendiendo las desigualdades y las realidades de las mujeres, también implica mirar nuestras propias experiencias como mujeres, en una profesión feminizada y, por ende, que se desarrolla en contextos de desigualdad. Tenemos que transformar la práctica en un ejercicio que signifique justicia con los derechos de las mujeres, con nuestras necesidades, con nuestras respuestas morales a las realidades que nos atraviesan. Y digo nosotras porque debemos estar desde nuestro ejercicio profesional para nosotras: necesitamos más enfermeras para las mujeres, que somos nosotras mismas.

## Referencias Bibliográficas

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

Bonnett, P. (23 de septiembre de 2018). Imparables. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/piedad-bonnett/imparables-column-813725/>

Consejo Internacional de Enfermeras. (2005). Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Castellon. <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>

Corte Constitucional. (2006). Sentencia C355/2006. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/sentencia-c-355-de-2006.pdf>

Corte Constitucional. (2022). Sentencia C-055/2022. Ministerio de Salud. [https://www.eltiempo.com/uploads/files/2022/05/31/sentencia\\_c-055\\_de\\_2022\\_expediente\\_d-13.956\\_firmas\\_completas\\_s.p.-%5B19%5D.pdf](https://www.eltiempo.com/uploads/files/2022/05/31/sentencia_c-055_de_2022_expediente_d-13.956_firmas_completas_s.p.-%5B19%5D.pdf)

González Velez, A. C., & Castro, L. (2017). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. [http://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras\\_IVE\\_vf\\_WEB.pdf](http://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf)

Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. 6 de octubre de 2004. D.O. No. 45.693

López, A. (2014). Profesionales de salud y aborto. En S. Ramos (Ed.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. (1.º ed.). Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.” Resolución 3280, 1–348. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No_3280_de_20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf)



Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Aborto sin riesgos. Organización Mundial de La Salud, 134. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)

Pitilin, É. de B., Banazeski, A. C., Bedin, R., & Gasparin, V. A. (2016). Nursing care in situations of induced/caused abortion: An integrative literature review. *Enfermería Global*, 15(3), 439–479. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.229511>

Prada, E., Singh, S., Remez, L., & Villarreal, C. (2010). Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Guttmacher Institute. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/embarazo-no-deseado-colombia\\_1.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf)

Revista Semana. (2022). Mujer habría muerto tras practicarse aborto clandestino en Barranquilla. Enero. <https://doi.org/2745-2794>

Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2017). Uneven Progress and Unequal Access. In *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf)

Terán, P., Castellanos, C., Blanco, M. G., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: vista de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171–180. <http://ve.scielo.org/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

WHO. (1946). Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference. *International Health Conference*, 2, 100. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official\\_record2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf)

## VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: REALIDADES INVISIBLES Y COTIDIANAS

Maryuri Andrea Gómez Cuenca<sup>1</sup>

### Resumen

Este producto representa el documento final que ganó el concurso de la mejor reflexión escrita, realizada a partir de la lectura del libro *Los Divinos* de Laura Restrepo, en el marco del proyecto integrador del año 2022-1. Dicha lectura fue la razón para investigar y generar debates y reflexiones en torno a la violencia que vivimos como mujeres y los problemas sociales que acarrea el hecho de serlo en esta sociedad.

**Palabras clave:** violencia contra la mujer, feminismo, justicia social

*Historial del artículo*

*Fecha de recibido: 06-12-2022 | Fecha de aceptado: 27-12-2022*

*©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.v4i2.676*

---

<sup>1</sup>Estudiante de la Escuela de Enfermería. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia. Autor para correspondencia. correo electrónico: maryuri-gomez@juanncorpas.edu.co

## VIOLENCE AGAINST WOMEN: INVISIBLE AND DAILY REALITIES

### **Abstract**

This product represents the final document that won the contest for the best written reflection made from the reading of the book *Los Divinos* by Laura Restrepo, within the framework of the integrating project of the year 2022-1; and that it was the excuse to investigate and generate debates and reflections around the violence that we experience as women and the social problems that being a woman entails in this society.

**Keywords:** violence against women, feminism, social justice

## Introducción

La violencia contra la mujer es uno de los fenómenos más comunes a nivel mundial. El Ministerio de Salud y Protección Social (2020), en su reporte “Todos podemos poner fin a la violencia contra la mujer” menciona:

El primer estudio en el Registro Único de Víctimas, con corte al 30 de septiembre de 2020, indica que en Colombia 32.697 personas han sido víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, de las cuales un 91,8% de las víctimas son mujeres.

Por su parte, la Fiscalía General de la Nación (Redacción Judicial, 2020) informa que la violencia ejercida por la pareja es la forma de agresión más común en la vida de las mujeres, mucho más que las agresiones o violaciones perpetradas por extraños o simples conocidos. En el reporte también se señala que casi la mitad de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por sus maridos o parejas actuales o anteriores. Esto habla claramente de un contexto social difícil, enmarcado en sistemas patriarcales, los cuales las mujeres y niñas deben enfrentar en el transcurso de su vida.

## Violencia Invisible

En el marco de la violencia contra la mujer existe una de la que no se habla, una que es sutil, casi imperceptible. Estamos acostumbrados a oír hablar de feminicidio, de abuso físico y psicológico. Sin embargo, hay un tipo de violencia que, aunque no deja evidencias físicas, sí da muestras de la presencia incuestionable de una cultura machista que al estar instaurada en nuestra cultura y cotidianidad se normaliza y no se cuestiona. Estas son las violencias invisibles.

Criado (2019) en su libro *La mujer invisible* muestra, a través de cifras y hechos concretos, que en un mundo donde el hombre es la referencia y el modelo obvio las mujeres son discriminadas, sin apenas percibirlo. La violencia se ha normalizado en nuestro entorno y, en ocasiones, es difícilmente percibida como tal. Varios relatos realizados de forma anónima, en el marco Proyecto integrador<sup>2</sup> del 2022-1, exponen de manera cruda las experiencias de violencia (en ocasiones poco percibida o invisible) que han tenido estudiantes y docentes en el transcurso de su vida.

En el ámbito de la enfermería a menudo ocurre la descalificación y la falta de reconocimiento por el trabajo realizado. Se comenta en varias conversaciones con colegas que no son pocos los pacientes que la llaman “niña” o, peor aún, “mami”, mientras que a sus compañeros hombres les llaman siempre “doctor”.

A las médicas en esta y otras instituciones no solo se les descalifica con el lenguaje, sino también con la actitud. A menudo se presentan casos en que los pacientes se quejan porque “no los ha examinado ningún médico”, a pesar de que una profesional ya lo haya hecho.

A continuación, se muestran dos relatos que dan cuenta de lo expuesto:

Después de varios años de desempeño exitoso (calificado así por mi jefe, quien agradecía y valoraba, tanto en privado como en público, mi gestión), decidí postularme a una convocatoria interna para gerente de una institución de salud, convocatoria para la que cumplía con todos los requisitos. Al contarle mi intención a mi jefe, quien debía darme el aval por escrito, me dijo que ese no era un cargo para una enfermera, que me iba a “quemar”, insinuando que, por ser

<sup>2</sup>El Proyecto integrador es una estrategia pedagógica que permite a los estudiantes desarrollar competencias y habilidades específicas para planificar, organizar y llevar a cabo una tarea común en entornos reales. Se organiza en equipos de trabajo, los cuales asumen responsabilidades individuales y grupales, realizan indagaciones o investigaciones, solucionan problemas, construyen acuerdos, toman decisiones y colaboran entre sí durante todo el proceso (Sandoval, 2017).

enfermera, no tenía las competencias para gerenciar la institución (cargo que había sido ocupado por médicos). (Testimonio No. 23)

Era mi primer día de práctica en tercer semestre de Enfermería y llevaba el uniforme blanco. En el descanso de la inducción salí al baño y en ese momento a cada lado del pasillo que debí a atravesar estaban dos profesores hablando. Al pasar frente a ellos me dijeron en un tono de burla y morbo: “¿ustedes van a ir a práctica en falda todos los días? ¡Qué rico!”. No puedo describir con exactitud lo que sentí en el momento, quedé petrificada y con un profundo desagrado que tardaría bastante tiempo en desaparecer (Testimonio No. 20).

Es necesario manifestar estas experiencias, dar voz a lo que nos pasa en la cotidianidad, para dejar de normalizar conductas que son enteramente violentas.

### **Clasismo, asesinos de corbata**

En Colombia existen muchos factores por los cuales se puede determinar este tipo de casos. Los estratos en este país son mucho más que una jerarquización socioeconómica, en cambio, son una manera de identificar el perfil cultural, estético y, en estos días, político de una persona. El Banco Mundial (Portafolio, 2021) afirmó que Colombia es un país profundamente desigual, no solo en términos socioeconómicos, sino con grandes limitaciones cuando se refiere al acceso a la propiedad, la educación y el empleo formal. Esta falta de equidad genera, por supuesto, vulneración de los derechos humanos en la población menos favorecida.

Por su parte, la ONU Mujeres et ál. (2020) afirman que en Colombia las mujeres son las más vulnerables en ámbitos socioeconómicos del país porque algunos cargos tradicionales y los perfiles profesionales en los que ellas se desempeñan (enfermería, trabajo social, secreta-

riado, docencia y servicios en el caso del sector informal —aseo, confección, ventas por catálogo y peluquería—), en general, son profesiones u oficios feminizados que no ofrecen grandes beneficios laborales y limitan enormemente las posibilidades de desarrollo y surgimiento personal.

### **Pérdida, dolor y cambios de pensamiento**

Según Torres (2023), en un estudio realizado por la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, en Colombia el racismo se ha vuelto un problema fundamental para todas las personas, pero más para las mujeres afrodescendientes, las cuales enfrentan esta violencia desde la época colonial esclavista. En general, son las mujeres afrodescendientes en Colombia las principales víctimas del conflicto armado en el país. La guerra civil en Colombia ha dejado a la población más vulnerable en medio de las balas y a las mujeres, especialmente las afrodescendientes, como medio de dominación y control de territorios. Desde esta perspectiva, la lucha de las mujeres negras contra la opresión de género y de raza propone diseñar nuevos entornos para la acción política feminista y antirracista, enriqueciendo tanto la discusión de la cuestión racial como también la cuestión de género. Carneiro (2014) en su artículo “Ennegrecer el feminismo” afirma: “Este nuevo mirar feminista y antirracista se integra tanto a la tradición de lucha de los movimientos negros como a la del movimiento de mujeres, y afirma esta nueva identidad política que resulta de la condición específica de ser mujer y negra” (p. 23).

Las más vulnerables, las más excluidas, las niñas indígenas desplazadas de sus territorios a grandes ciudades para salvar sus vidas, resultan explotadas laboral o sexualmente y en ocasiones víctimas de feminicidio. Con el ánimo de abordar este tema, se propuso en el Proyecto

integrador del 2022-1 la lectura del libro de Laura Restrepo *Los Divinos* (2017). Se trata de un increíble ejercicio de reinterpretación de los hechos del crimen de Yuliana Samboní<sup>3</sup>. Contextualiza y articula de manera mágica los hechos ocurridos en la realidad con las ficciones de un grupo de jóvenes de la élite colombiana, que desde nuestros contextos se convierten en experiencias reales de vida de cualquiera de los jóvenes de altos estratos. Un problema evidente para cualquiera, pero difícil de abordar por las connotaciones que implica el poder económico de estos jóvenes y sus familias y la idea de superioridad que se les inculca desde sus casas e instituciones educativas.

## Empoderando la igualdad

El empoderamiento es el proceso mediante el cual la mujer adquiere la confianza, la fuerza y los recursos necesarios para enfrentarse a sus condiciones de desigualdad. Se trata de un proceso que permite a las mujeres cambiar su posición, tanto en el ámbito familiar como en el social y el económico.

Esta visión incluyente de una política institucional de equidad de género en la universidad supone además responder consciente y deliberadamente a las necesidades de todas y todos sus estudiantes, docentes y personal administrativo, sin distinciones de ningún tipo, además de contribuir a la reducción de los procesos de exclusión social que afectan a ciertos colectivos y personas en situación de desventaja social. En resumen, la equidad de género en la educación superior debe ser entendida como una idea compleja, “que comprende una pluralidad de principios normativos distintos” (Fraser, 1997), “algunos más asociados a la noción de igualdad y otros más vinculados a la idea de diferencia” (Franklin Gil & Pérez, 2018).

Todas las intervenciones sociales ofrecen la oportunidad de fomentar el empoderamiento de sus participantes. Empoderar a las mujeres para que participen plenamente en todos los sectores y en todos los niveles de la actividad económica resulta fundamental para construir economías fuertes; establecer sociedades más estables y justas; alcanzar los objetivos de desarrollo, sostenibilidad y derechos humanos acordados internacionalmente, y mejorar la calidad de vida de las mujeres y de las sociedades en general. Es momento de crear una conciencia nueva sobre el estatus de la mujer en la sociedad. Con más calidad de vida, mayor participación y liderazgo en los procesos de toma de decisiones y en los puestos de poder, para que contribuyan a fortalecer los valores democráticos de las familias y de los Estados.

## Feminismo y dignidad

Los movimientos feministas trabajan arduamente para la reivindicación y cumplimiento de todos los derechos adquiridos en equidad y justicia. A partir de 1993, los diferentes convenios y acuerdos internacionales han permitido a la población femenina en Colombia mejorar sus bases salariales, su independencia, la decisión sobre su cuerpo, métodos de planificación, estado civil. En 1993, con la convención de Viena, se afirma la violencia contra la mujer como una violación a los derechos humanos; consiguientemente, en 1994 con el convenio Belem Do Pará; se ratifica, en 1995, con la participación de Colombia en Beijing; se crea en 1996 la Dirección Nacional de Equidad para las Mujeres (DINEM) (Mafla, 2021).

El feminismo en Colombia está haciendo que las mujeres abran la mente y no recaigan en problemas generacionales, heredados de sus madres o sus abuelas.

<sup>3</sup>Uno de los casos más resonados en Colombia es el de la niña indígena Yuliana Samboní. Con solo siete años, el 4 de diciembre de 2016 fue secuestrada, violada y asesinada por Rafael Uribe Noguera, un arquitecto de treinta y ocho años de edad que vivía en Chapinero, cerca de Bosque Calderón, el barrio en el que residía la pequeña con su familia (Revista Semana, 2021)

En este sentido, aunque lentamente, se ha avanzado en la reivindicación de derechos a la mujer en Colombia. A partir del año 2022 (Corte Constitucional de Colombia, 2022), se despenalizó el aborto hasta la semana veinticuatro de gestación. Eso quiere decir que es posible ejercer el derecho de acceso a servicios de aborto libre, legal y seguro sin que para ello se requiera del cumplimiento de ningún tipo de requisito o condición. Eso hace que las mujeres nos sintamos más seguras, más libres y MÁS MUJERES.

Y como consigna, dejo una frase que me encontré en la calle plasmada y que resume lo que quiero expresar:

*“SI NO LUCHAMOS JUNTAS, NOS MATARAN POR SEPARADO”.*

## Reflexión final

Primero, se ve cómo la violencia contra la mujer ha hecho que el país no se haya desarrollado, lo que muestra a Colombia a nivel mundial como un país subdesarrollado, el cual no acepta ni tiene en cuenta los derechos de la mujer. Los movimientos y organizaciones feministas en Colombia se han esforzado por plantear mecanismos, metodologías y luchas por la reivindicación de los derechos de la mujer, en cada región del país, municipio y lugar donde existen grupos de mujeres que trabajan colectivamente. Se identifica al menos una organización de acción de defensa de derechos humanos y derechos

de género, que cubre enfoques de trabajo con distintos campos y perspectivas. Sin embargo, es necesario aportar a la temática que es fundamental la voluntad política, la participación en el ejercicio de la creación de normas y políticas públicas para lograr generar impactos en el cumplimiento de las acciones de los colectivos y, al mismo tiempo, que todas estén vinculadas a redes nacionales o regionales.

Lo anterior permite que todos los movimientos se unan y se conozcan, y que se logre articular el trabajo que se viene desarrollando, que en su mayoría tienen fines comunes.

Por último, darle un mensaje de aliento y de apoyo a todas esas mujeres que son y han sido violentadas por cualquier tipo de violencia física, psicológica y social, la cual las ha llevado a ocultarse y hacerse a un lado: les pido mucha fuerza y que a pesar de todas las situaciones que confrontan sigan brillando. Juntas podemos hacer un cambio en esta sociedad y luchar por los derechos que históricamente nos han vulnerado.

## Agradecimientos

Agradecimiento especial a las profesoras Claudia Patricia Motta León, Ilba Dorlany Ardila Roa y Norma Adriana Barreto Ciprian, quienes lideraron y guiaron de forma exitosa el Proyecto integrador del 2022-1, del cual se generó este producto.

## Referencias Bibliográficas

Carneiro, S. (2014). Ennegrecer el feminismo.

<http://www.bivipas.unal.edu.co:8081/jspui/handle/10720/644>

Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-055-22. República de Colombia. Recuperado 18 de enero de 2023, de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>

Criado, C. (2019). La mujer invisible (1.a ed., Vol. 1). Seix Barral.

Franklin Gil & Pérez, T. (Comps.). (2018). Feminismo y estudios de género en Colombia—Universidad Nacional de Colombia. [https://www.academia.edu/47779973/Feminismo\\_y\\_Estudios\\_de\\_G%C3%A9nero\\_en\\_Colombia\\_Franklin\\_Gil\\_Hern%C3%A1ndez\\_and\\_Tania\\_P%C3%A9rez\\_Bustos](https://www.academia.edu/47779973/Feminismo_y_Estudios_de_G%C3%A9nero_en_Colombia_Franklin_Gil_Hern%C3%A1ndez_and_Tania_P%C3%A9rez_Bustos)

Fraser, N. (2014). Multiculturalidad y equidad entre los géneros: Un nuevo examen de los debates en torno a la «diferencia» en EEUU. Mujeres en Red. Periódico Feminista. <https://www.mujaresenred.net/spip.php?article2166>

Mafla, J. (2021). Investigación Cualitativa Eje 3—investigación cualitativa eje 3 población muestra y muestreo. Studocu. Fundación Universitaria del Área Andina. <https://www.studocu.com/co/document/fundacion-universitaria-del-area-andina/area-andina/investigacion-cualitativa-eje-3/39416126>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Todos podemos poner fin a la violencia contra la mujer. Boletín de Prensa No. 960 de 2020. Recuperado 17 de enero de 2023, de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Todos-podemos-poner-fin-a-la-violencia-contra-la-mujer.aspx>

ONU Mujeres, DANE & CPEM. (2020). Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia. UN Women – Colombia. <https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2020/11/mujeres-y-hombres-brechas-de-genero-en-colombia>

Portafolio. (27 de octubre de 2021). Colombia, el segundo país más desigual en América Latina. Portafolio.co. Recuperado 17 de enero de 2023, de <https://www.portafolio.co/economia/gobierno/colombia-es-el-segundo-pais-mas-desigual-de-america-latina-segun-el-banco-mundial-557830>

Redacción Judicial. (8 de julio de 2020,). El mapa de las denuncias contra la Fuerza Pública por violencia sexual. El Espectador. <https://www.elespectador.com/judicial/el-mapa-de-las-denuncias-contra-la-fuerza-publica-por-violencia-sexual-article/>

Restrepo, L. (2017). Los Divinos (1.a ed.). Alfabuara.

Revista Semana. (2021). Caso Yuliana Samboní.

<https://www.semana.com/noticias/caso-yuliana-samboni/>



Sandoval, L. (2017). El aprendizaje por proyectos: una experiencia pedagógica para la construcción de espacios de aprendizaje dentro y fuera del aula. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 12, 51. <https://doi.org/10.15359/rep.12-1.3>

Torres, C. (2023). *Mujer: rostro del fenómeno paramilitar en el conflicto armado en Colombia*. Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. <https://www.utadeo.edu.co/es/articulo/crossmedialab/277626/mujer-rostro-del-fenomeno-paramilitar-en-el-conflicto-armado-en-colombia>



## 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 artículos 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

R E V I S T A  
Paradigmas  
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

Educación y Salud de Calidad  
con Sentido Social

de 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 comi-

té 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 ocupa-

R E V I S T A  
Paradigmas  
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

Educación y Salud de Calidad  
con Sentido Social

dos y nombre de la institución al cual el autor(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 leyendas 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.

R E V I S T A  
Paradigmas  
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

Educación y Salud de Calidad  
con Sentido Social

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.

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)

