

MEMORIAS

Jornadas Internacionales de Antropología Médica y de la salud más allá del enfoque biomédico

2021

Alexis Rivas Toledo
Luis Daniel Maldonado Guerrero
Freddy Gonzalo Carrión Suárez
Mónica Elizabeth Valle Burbano
Dolores Esperanza Arévalo Castillo

MEMORIAS

**JORNADAS INTERNACIONALES
DE ANTROPOLOGÍA
MÉDICA Y DE LA SALUD MÁS ALLÁ
DEL ENFOQUE BIOMÉDICO
2021**

Primera edición: PUCE, 2022

2022 Alexis Rivas Toledo, Luis Daniel Maldonado Guerrero,
Freddy Gonzalo Carrión Suárez, Mónica Elizabeth Valle Burbano,
Dolores Esperanza Arévalo Castillo.

2022 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

edi
PUCE

www.edipuce.edu.ec

Quito, Av. 12 de Octubre y Robles

Apartado n.º 17-01-2184

Telf.: (5932) 2991 700

e-mail: publicaciones@puce.edu.ec

Diagramación: Rosa Calahorrano

Portada: Guillermo Argüello

Impresión:

ISBN: 978-9978-77-649-0

Quito, noviembre de 2022



Organizadores-PUCE, GSE-F MD

- Alexis Rivas Toledo-PUCE, Ecuador
- Jorge Sotelo Daza-U. del Cauca, Colombia
- Mónica Valle-PUCE, Ecuador
- Luis Daniel Maldonado-PUCE, Ecuador
- Freddy Carrión-PUCE, Ecuador
- Esperanza Arévalo-PUCE, Ecuador
- Catalina Campo-Sociedad Ecuatoriana de Etnobiología
- Patricio Trujillo-PUCE, Ecuador

Editores Comité organizador- GTI-AM

- Alexis Rivas Toledo-PUCE, Ecuador
- Jorge Sotelo Daza-U. del Cauca, Colombia
- Mónica Valle-PUCE, Ecuador
- Luis Daniel Maldonado-PUCE, Ecuador
- Freddy Carrión-PUCE, Ecuador
- Esperanza Arévalo-PUCE, Ecuador
- Catalina Campo-Sociedad Ecuatoriana de Etnobiología
- Patricio Trujillo-PUCE, Ecuador

Comité científico - VER WEB

- Alexis Rivas Toledo-PUCE, Ecuador
- Jorge Sotelo Daza-U. del Cauca, Colombia
- Mónica Valle-PUCE, Ecuador
- Luis Daniel Maldonado-PUCE, Ecuador
- Freddy Carrión-PUCE, Ecuador
- Ana Martínez Pérez-Universidad Rey Juan Carlos, España
- Esperanza Arévalo-PUCE, Ecuador
- Catalina Campo-Sociedad Ecuatoriana de Etnobiología
- Patricia Junge-Universidad de Chile
- Patricio Trujillo-PUCE, Ecuador
- Florencia Quiroga-Universidad Nacional del Sur, Argentina

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN (GI-QUITO-042-2020)

El Grupo de Investigación en Salud y Educación se formó en 2020 a raíz del interés interdisciplinario de varios docentes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE, Sede Quito), en profundizar el conocimiento acerca de las interacciones etnográficas, conceptuales y teóricas entre la educación médica, la educación para la salud, la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado.

Índice

Presentación.....	11
Introducción.....	13
Eje 1: Educación médica y educación en salud	15
- Introducción del eje	17
- Ponencias.....	19
- Preguntas y respuestas	69
- Lecciones aprendidas-cierre.....	80
Eje 2: Narrativas y experiencias de la salud enfermedad	87
- Introducción del eje	89
- Ponencias.....	93
- Preguntas y respuestas	198
- Lecciones aprendidas-cierre: cierre.....	209
Eje 3: Salud mental y etnografía	213
- Introducción del eje	215
- Ponencias.....	217
- Preguntas y respuestas	289
- Lecciones aprendidas-cierre.....	295

Eje 4: Etnografías de la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado	297
- Introducción del eje	299
- Ponencias.....	301
- Preguntas y respuestas	355
- Lecciones aprendidas-cierre.....	368
 Eje 5: COVID-19, pandemia y sindemia	 371
- Introducción del eje	373
- Ponencias.....	375
- Preguntas y respuestas	459
- Lecciones aprendidas-cierre.....	467
 Palabras en el muro (en este espacio se colocarán las frases y autores (diferentes ponencias) que se publicaron en las redes sociales)	 475

Presentación

Las primeras JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y DE LA SALUD. MÁS ALLÁ DEL ENFOQUE BIOMÉDICO, ejecutadas el 27 y 28 de octubre de 2021, constituyen un hito en la Facultad de Medicina- PUCE, en el ámbito académico ecuatoriano, latino e iberoamericano. Aunque la mirada antropológica sobre la salud es rica en el rescate social y cultural de los hombres, las mujeres y los pueblos protagonistas de su propia historia y su salud, infelizmente ha sido pasada por alto debido al dominio epistemológico, teórico y práctico de la medicina como una supuesta ciencia biológica.

La antropología médica, la etnografía, el enfoque biosociopsicomédico, la salud colectiva, las narrativas de la salud y los determinantes sociales de la salud, constituyen enfoques contemporáneos indispensables para la comprensión general de la salud-enfermedad y las formas médicas practicadas por poblaciones marcadas por la diversidad cultural y la desigualdad económica.

Las Jornadas aglutinaron los esfuerzos de investigación de académicos y académicas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, España y Estados Unidos a través de la presentación de 61 trabajos que compartieron como arenas

en común la mirada biopsicosocial y la etnografía como método enriquecedor de los tradicionales registros médicos. Los encuentros académicos ocurrieron en el ambiente virtual lo que posibilitó la amplia participación de público académico de Norte, Centro y Sudamérica y de España.

Esta Memoria recoge las ponencias presentadas en las Jornadas distribuidas en cinco ejes temáticos (Educación Médica, Salud Mental, Etnografías de la Salud-Enfermedad, Narrativa Médica y COVID-19); los textos son la muestra del compromiso permanente con la generación de información académica de alta calidad, y nos compromete a la ejecución de nuevos eventos internacionales a favor de la democratización de la información académica, la difusión de las ciencias y la reafirmación del compromiso con los derechos de la salud.

Dr. Alexis Rivas Toledo
Faculta de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Coordinador Grupo de Investigación en Salud y Educación.
Quito, 2021.

Introducción

La ejecución de las JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y DE LA SALUD. MÁS ALLÁ DEL ENFOQUE BIOMÉDICO, nace de la necesidad de promover intercambios entre académicos (investigadores, estudiantes de grado y posgrado) de Iberoamérica en los amplios temas de la Antropología Médica. Tienen como antecedente la formación del Grupo de Investigación Innovación en Salud y Educación-GI-QUITO-042-2020 (PUCE) perteneciente a la Facultad de Medicina y a la ejecución del Simposio Medicina Social: Debates etnográficos de la Bio-medicina y la Antropología Médica presentado en el VI Congreso ALA 2020, Asociación Latinoamericana de Antropología, 24-27 de noviembre de 2020 (evento bajo coordinación del responsable del GI-QUITO-042-2020-PUCE). Las Jornadas corresponden también al Grupo de Trabajo Internacional en Antropología Médica (GTI-AM) conformado a partir del Simposio-ALA 2020 al cual pertenecen 13 académicos y académicas de Universidades y Centros de Investigación de Iberoamérica dedicados a la antropología, la medicina y la salud.

Las Jornadas emergen en el contexto del reconocimiento de los biologicismos como ejes vertebradores, aunque incompletos, de las ciencias médicas contemporáneas. La

realidad biomédica convierte en imprescindible revisar las nociones sociales de salud, enfermedad y atención, para alcanzar una integralidad de los conocimientos y las prácticas sobre la salud.

El encuentro académico se origina en el contexto de la Pandemia/Sindemia de COVID-19 por SARS-COV2, situación global inédita que obliga a revisar las condiciones multisistémicas que inciden en la salud en el Siglo XXI.

**Educación
Médica y
Educación en
Salud**

Eje

1

Introducción del Eje

La evolución de las tecnologías de la comunicación e información, la globalización económica y el aumento de los flujos migratorios, entre otros factores, le han dado al mundo una fuerte perspectiva multicultural, (Rexende & Ostermann, 2020) y es en este eje que desde la teoría crítica educativa la educación en salud debe constituirse.

Como tal son válidas todas las actividades presentes en todas las acciones que constituyen lo social, intentamos promover la interacción, la negociación y el consenso entre las diversas culturas, (Carter, 2010) practicando “el ejercicio de la decisión que nos constituye como sujetos” democráticos, en una sucesión de identidades particulares que intentan asumir tareas universales, sin ocultar su propio interés, se trata de un proyecto siempre vigente y siempre en evolución, en múltiples figuras del pensamiento de distintas áreas y que cruce las fronteras disciplinarias, como menciona Deluxe. “No hay método, no hay receta, solo una larga preparación” nuestras posiciones teóricas defienden la diversidad epistemológica nuestra discusión se centra en el tipo de relación que existiría entre los diferentes tipos de conocimiento.

En salud en específico un giro en la formación que este acorde a la realidad social, cultural e histórica de los pueblos,

responsabilidades y valores fundamentados en el análisis de esta diversidad, constituidas en familias, sociedades y las características de su modo de vivir, impactadas por el surgimiento de nuevas enfermedades en ámbitos de inequidad y desigualdad entre las diferentes regiones.

Estas jornadas son un espacio para compartir nuestras experiencias docentes en áreas de la salud y el enfoque en las diversas latitudes, además de los diferentes procesos de adaptación que hemos tenido que afrontar en los procesos de enseñanza y aprendizaje en época de pandemia.

PONENCIAS

MESA 1: EDUCACIÓN Y SALUD

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

La Educación Sexual Integral como una Problemática de la Educación en Salud

PONENTE

Fernando Avendaño

FILIACIÓN

Universidad Nacional de Rosario, Argentina

RESUMEN

La Ley Nacional N°26150 (República Argentina) creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), el cual legitimó la obligatoriedad de la educación sexual integral en todos los niveles educativos. Posteriormente, los Lineamientos Curriculares, aprobados por el Consejo Federal

de Educación en mayo de 2008, mediante la Resolución N.º 45/08, y la Serie Cuadernos para la ESI, provistos por el Ministerio de Educación de la Nación en 2009, entre otros materiales, proveyeron herramientas para su abordaje.

El enfoque integral supera el estudio de la anatomía y fisiología de los sistemas reproductores, así como otros reduccionismos (de carácter psicológico, jurídico, filosófico, religioso o sociológico). Supone abordajes que reconocen construcciones sociohistóricas y culturales, valores compartidos, visiones de mundo, emociones y sentimientos que intervienen en los modos de vivir, cuidar, disfrutar, vincularse con el otro y respetar el propio cuerpo y el de los demás.

Pensar la educación sexual de esta manera requiere poner en cuestión las prácticas cotidianas, visibilizar los múltiples intersticios en los cuales la sexualidad se hace presente en las escuelas. Para ello es imprescindible tanto construir espacios de diálogo y confianza que permitan escuchar, revisar y repensarlas individual y colectivamente, como formar investigadores que identifiquen y aborden núcleos problemáticos de las prácticas habituales.

En consecuencia, debe generarse una alianza estratégica entre salud y educación en lo referente a la ESI, porque entendemos que son prácticas de educación para la salud que van mucho más allá del saber-hacer médico. Para ello, pensamos a la salud como una problemática de la vida humana que se desarrolla en una red de relaciones interdependientes entre sí, es decir que concebimos la salud como una relación del ser humano con su entorno desde los diversos intercambios sociales en los que participa.

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Revisão Bibliográfica referente a relação entre o Suicídio Juvenil e a Universidade

AUTORES

Paloma Borges Pietro
Lilia Aparecida Kanan
Geraldo Augusto Locks.

EMAIL DEL AUTOR

palomapietro@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

INTRODUCCIÓN

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019), o suicídio é a terceira causa de morte entre jovens de 17 a 24 anos. Em função disso, este estudo possui como temática a relação entre o suicídio juvenil e o campo educacional, especificamente no que se refere ao ambiente acadêmico.

OBJETIVO

Revisar artigos científicos que discorreram acerca da morte autoinfligida entre jovens e, logo, demonstrar a relação dela com o meio universitário.

METODOLOGÍA

Realizou-se uma revisão bibliográfica das produções científicas brasileiras, que abordavam a relação entre suicídio e universidade. Dessa maneira, após uma pesquisa – com as palavras-chave “suicídio” e “universidade – na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), o sistema gerou 26 resultados, mas apenas dez artigos foram selecionados.

RESULTADOS

Como principais resultados, destaca-se que, segundo Pereira e Cardoso (2015), 12.6% dos acadêmicos apresentaram pensamento suicida. De forma similar, Santos, Marcon, Espinosa, Baptista e Paulo (2017) apontam que 9,9% dos sujeitos da pesquisa já cogitaram a morte voluntária. Além disso, Trindade, Sousa e Carreira (2021) mostram que 30.02% dos estudantes entrevistados apresentaram risco de atentar contra a própria vida. Já Vieira e Coutinho (2008) observam que cometeram uma tentativa de suicídio 37% dos acadêmicos. Em conformidade, Silva *et al.* (2020) aponta que 12% dos acadêmicos de enfermagem tinham ideia suicida.

CONCLUSIONES

Diante dos achados referentes aos artigos revisados, observou-se que da morte autoinfligida é um fenômeno frequente, no que diz respeito ao contexto acadêmico do Brasil. Sendo assim, é necessária a efetivação de projetos de prevenção ao suicídio jovens universitários.

PALABRAS CLAVE

EDUCAÇÃO. SUICÍDIO JUVENIL. UNIVERSIDADE.

REFERENCIAS (APA)

- Santos, H. G. B., Marcon, S. R., Espinosa, M., Baptista, M. N., & Paulo, P. M. C. (2017). Fatores associados à presença da ideação suicida entre universitários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *16* (4), 2-8.
- Trindade, S. C., Jr, Sousa, L. F. F., & Carreira, L. B. (2021). Generalized anxiety disorder and prevalence of suicide risk among medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *45*(02), 2-7.
- Pereira, A., Cardoso, F. (2015). Suicidal Ideation in University Students: Prevalence and Association With School and Gender. *Paidéia*, *25*(62), 299-306.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Suicide in the world: global health estimates*. Retirado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>.
- Silva, L., Lemes, L. Nascimento, V., Volpato, R., Rocha, L., & Moura, A. (2020). Fatores de risco e ideação suicida entre estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *24*, 08-16.
- Vieira, K. F. L., Coutinho, M. P. L. (2008). Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, *28*(01), 714-727.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

“Estudio de caso: Presentación clínica tardía de la anomalía de las arterias coronarias congénitas: Síndrome ALCAPA en paciente femenina de la tercera edad en Hospital de tercer nivel de la ciudad de Quito”

AUTORES

Pablo José Méndez Álvarez, MD. Colaboración del Dr. Stalin Bismarck Castillo Castillo, Cardiólogo Intervencionista.

EMAIL DEL AUTOR

pmendez748@puce.edu.ec

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

OBJETIVO

Describir de manera breve y concisa las características clínicas, fisiopatología, estudios complementarios, manejo integral y pronóstico del Síndrome ALCAPA de presentación tardía.

CUERPO DEL TEXTO

El Síndrome ALCAPA (Anomalous Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery) también conocido como

Síndrome Bland-White-Garland, se define como una anomalía congénita de la arteria coronaria izquierda (LCA), perteneciente al grupo de las enfermedades por anomalías de las arterias coronarias, que dentro de la población de presentación (pediátricos y adultos) presenta una tasa de frecuencia entre 0,1% y 1% de los casos informado. A pesar de su poca incidencia poblacional, representa el 0,26% a 0,5% de los defectos congénitos cardíacos, siendo notificados sólo 1 de cada 300.000 nacidos vivos.

La etiología de dicha patología no está del todo clara, no obstante, se tiene claras 2 circunstancias: la primera, en la cual el desarrollo de las yemas coronarias o de la red endotelial sufre anomalías (congénito); y la segunda, en la cual se realiza manipulación quirúrgica de una cardiopatía congénita (adquirido) para su respectiva corrección.

Su proceso fisiopatológico se basa en un fenómeno físico de cambio de presiones en las grandes arterias al momento del nacimiento, por lo que la arteria coronaria izquierda sufre una inversión de flujo hacia la arteria pulmonar, denominándose “robo coronario”. Este hecho produce una insuficiente irrigación en el recorrido de la LCA, llegando a la isquemia miocárdica. Por esta razón se reporta una alta tasa de mortalidad de 90% durante el primer año de vida. Se han descrito patologías asociadas al Síndrome ALCAPA, que pueden llegar a presentarse en la infancia y que pueden aumentar el riesgo de muerte temprana, como son la persistencia del conducto arterioso, la coartación de aorta, la transposición de grandes vasos, una válvula aórtica bicúspide, y la tetralogía de Fallot. Además, esta patología suele presentarse también vinculada a la insuficiencia coronaria (con sus diferentes formas de presentación) provocada por

el fenómeno denominado “robo coronario” durante la vida adulta en la mayoría de los casos.

Su presentación clínica, así como su clasificación es variada, llegándose a describir en varios artículos como distintos escenarios de presentación en el área de emergencias, no obstante, en todos ellos se correlaciona en la infancia como resultado final, la muerte súbita, y en la etapa adulta, como episodios de isquemia miocárdica, entre otros. Con respecto a su diagnóstico, el gold standard (GS) para su correcta visualización es la cardio tomografía (TC), la cardio-resonancia magnética, y la arteriografía por cateterismo. La técnica de reparación quirúrgica recomendada por la AHA (2008) es la de reimplante de la arteria coronaria, ya que ésta asegura de manera más fidedigna la ausencia de complicaciones, tanto a corto como a largo plazo.

Reporte de caso: En el 2013, una mujer de 64 años se presentó en la sala de emergencias quejándose de un episodio de 1 hora de duración de intenso dolor (EVA: 8/10), opresivo, localizado en el pecho e irradiado al brazo izquierdo. El dolor fue acompañado de diaforesis, palpitaciones y disnea. No tenía antecedentes médicos personales previos relevantes. Se realizó un electrocardiograma inicial mostrando depresión del segmento ST en las derivaciones DI, AVL, V5 y V6, y ondas T negativas en DI y AVL. Además, se realizó niveles de troponina ultrasensible, los cuales se elevaron por encima del P99 (1,37 ng/ml). Al momento de realizar el intervencionismo coronario, se dificulta el procedimiento debido a la anomalía anatómica de las arterias coronarias. Se encontró un flujo retrógrado desde la arteria coronaria derecha que pasaba de manera torturosa a la LCA, y que llegaba hasta la arteria

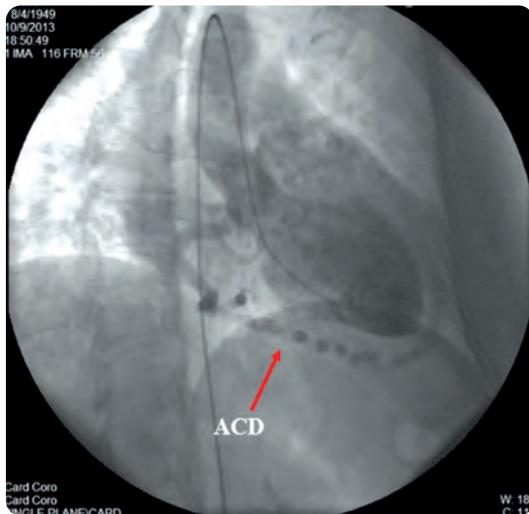
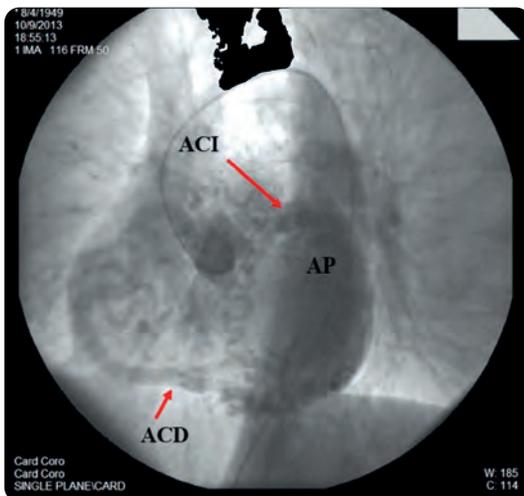


Figura 1.
Ventriculograma.
Visualización de
arteria coronaria
derecha
(ACD, flecha roja)

Figura 2.
Aortograma. Se
evidencia la tortuosidad
de la arteria coronaria
derecha (ACD) y la
circulación colateral
que desarrolla hacia la
arteria coronaria
izquierda (ACI), que
lleva a desembocar
en la arteria pulmonar
(AP).



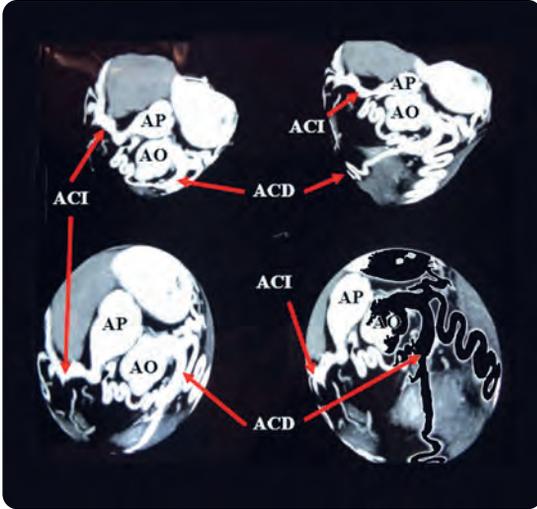


Figura 3.
Corte coronal de la emergencia de las arterias coronarias. AO, aorta; AP, Arteria pulmonar; ACI, arteria coronaria izquierda; ACD, arteria coronaria derecha.

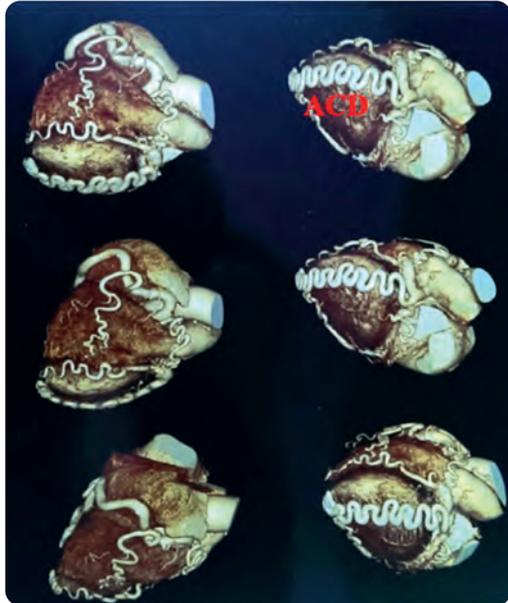


Figura 4.
Reconstrucción multimodal donde se valora los territorios cardíacos relacionados con la anatomía coronaria anormal.

pulmonar. Se visualizó la anatomía coronaria mediante cardio-TC donde se confirmó la sospecha diagnóstica, por lo que se diagnosticó de Síndrome ALCAPA. Actualmente, la paciente se mantiene controlada, con buena función cardíaca valorada por ecografía, y en un largo período asintomático.

CONCLUSIÓN

Nuestra paciente de 64 años, con actual edad de 72 años es un caso excepcional de Síndrome ALCAPA debido a las características clínicas de la paciente, además de que pudo resistir estados de alto gasto como son 5 gestas. Este sin duda es el caso superviviente más longevo descrito de Síndrome ALCAPA. Este hecho llena de esperanza a la comunidad médica para prolongar la supervivencia y llegar período asintomático, en donde se sugiere siempre realizar controles consecutivos para observar los cambios anatómicos y fisiológicos que los casos excepcionales puedan desarrollar, aportando así a la tranquilidad tanto de la paciente como de sus familiares con respecto a la patología en mención, recalcando que se prefiere que el mismo especialista que ha estado manejando el caso se mantenga realizando los controles por consulta externa.

PALABRAS CLAVE

Alcapa syndrome, anomalous coronary arteries, Bland-White-Garland syndrome.

REFERENCIAS (APA)

- Boutsikou, M., Shore, D., Li, W., Rubens, M., Pijuan, A., Gatzoulis, M., & Babu-Narayan, S. (2018). Anomalous left coronary artery from the pulmonary artery (ALCAPA) diagnosed in adulthood: Varied clinical presentation, therapeutic approach and outcome. *International Journal of Cardiology*, 49-53. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.02.082>
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Song, C. (2018). *Williams Obstetricia* (Vigésima quinta ed.). México: McGraw Hill Education.
- Drake, R. (2015). *Gray's Anatomy for Students*. España: Elsevier Inc.
- Dynamed. (2018). Anomalous Coronary Arteries. (E. Gelfand, Ed.) Obtenido de <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T919008>
- Esmailzadeh, M., Hadizadeh, N., & Noohi, F. (2011). Anomalous Origin of the Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery (ALCAPA) in an Old Adult. *The Journal of Tehran University Heart Center*, 148-151.
- Kamperidis, V., Karamitsos, T., Pappa, Z., Nikolaidou, O., & Karvounis, H. (2019). ALCAPA Syndrome and Risk of sudden death in young people. *QJM: An International Journal of Medicine*, 112(4), 291-292. doi:<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcz018>

- Krexli, L., & Sheppard, M. (2013). Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery (ALCAPA), a forgotten congenital cause of sudden death in the adult. *Cardiovascular Pathology*, 294-297. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.carpath.2012.11.006>
- Kubota, H., Endo, H., Ishii, H., Tsuchiya, H., Inaba, Y., Terakawa, K., . . . Sudo, K. (2020). Adult ALCAPA: from histological picture to clinical features. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. doi:<https://doi.org/10.1186/s13019-020-1048>
- Lotman, E.-M., Karu, K., Mikkil, M., & Elmet, M. (2020). Late adult presentation of ALCAPA syndrome: need for a new clinical clasification? A case report and literature overview. (C. Fielder, Ed.) *European Heart Journal*, 1-5. doi:10.1093/ehjcr/ytaa318. PMID: 33442617; PMCID: PMC7793133.
- Patrianakos, A., Hatzidakis, A., Marketou, M., & Parthenakis, F. (2018). Adult-type ALCAPA Syndrome: A rare coronary artery anomaly. *Echocardiography*, 1-4. doi:10.1111/echo.14013
- Peña, E., Nguyen, E., Merchant, N., & Dennie, C. (2009). ALCAPA Syndrome: Not Just a Pediatric Disease. *RadioGraphics*, 553-566. doi:10.1148/RG.292085059
- Ramoğlu, M., Bulut, M., Epçaçan, S., & Dedemoğlu, M. (2019). ALCAPA Syndrome in an asymptomatic

young soccer player. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 27(3), 388-391. doi:<http://dx.doi.org/doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2019.16320>

Saturno, G. (2017). *Cardiología* (Primera ed.). Ciudad de México: El Manual Moderno.

Sociedad Española de Medicina Interna. (2018). *Protocolos. Nuevos retos en hipertensión pulmonar*. España: Elsevier España. Obtenido de <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/protocolo-hipertension-pulmonar-2019.pdf>

Vilá, L., Uribe, A., Aceves, J., Martínez, R., & Hernández, K. (13 de Julio de 2016). Case Report: ALCAPA Syndrome: successful repair with an anatomical and physiological alternative surgical technique [version 2; referees: 2 approved]. Obtenido de F1000 Research: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.8823.1>

Vizzuso, A., Righi, R., Zerbini, M., Gamanji, S., Cucchi, P., Gallo, F., . . . Carnevale, A. (2018). An usual presentation of anomalous left coronary artery from the pulmonary artery (ALCAPA) syndrome in a 70-year-old man: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. doi:<https://doi.org/10.1186/s13256-018-1851-4>

Warnes, C., Williams, R., Bashore, T., Child, J., Connolly, H., Dearani, J.,... Webb, G. (2008). ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management

of Adults With Congenital Heart Disease. *Circulation*, 118. doi:<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190690>

Wesselhoeft, H., Fawcett, J., & Johnson, A. (1968). Anomalous Origin of the Left Coronary Artery from the Pulmonary Trunk. *Circulation*, 38(2), 403-425. doi:<https://doi.org/10.1161/01.CIR.38.2.403>

Zacharias, M., Chandok, D., & Tigue, D. (2015). A late presentation of an anomalous left coronary artery originating from the pulmonary artery (ALCAPA): A case study and review of the literature. *Journal of Cardiology Cases*, 56-59. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jccase.2014.10.006>

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Aprendizaje Provocado por Relatos (APR)

AUTORES

1. Maldonado Guerrero Luis Daniel
2. Sola Villena José Humberto
3. Moncayo Echeverría Félix Patricio

EMAIL DEL AUTOR

1. lmaldonado760@puce.edu.ec
2. jhsolav@puce.edu.ec
3. pmoncayoe@puce.edu.ec

FILIACIÓN

1. Docente de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
2. Docente de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
3. Docente de pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

INTRODUCCIÓN

La práctica médica tradicional se ha caracterizado por atender primordialmente al cuerpo (hombre máquina), con

esta propuesta innovadora ajustamos ese paradigma para fortalecer la idea que el ser humano no es únicamente lo biológico, sino que comprende otras dimensiones importantes y trascendentes que permiten considerar al semejante como un “*otro*” con deberes y derechos y sobre todo como un ser capaz de ser comprendido.

OBJETIVO

Esta propuesta educativa innovadora pretende forjar bases históricas y epistemológicas fuertes en la formación de los futuros médicos del país. Es decir, contribuir a la formación integral del estudiante de la carrera, proponiendo un modelo pedagógico que permita fundamentar el estudio de la carrera y el ejercicio profesional con el conocimiento lógico de la historia de las ideas médicas vinculadas estrechamente al desarrollo evolutivo del pensamiento de la humanidad.

METODOLOGÍA

La propuesta de llevar este curso consiste en aplicar el modelo de “**APRENDIZAJE PROVOCADO POR RELATOS**” (**APR**) que tiene como actor fundamental al estudiante y los profesores facilitan el proceso a partir de una **provocación literaria (narrativas)** a manera de **relato** (en el semestre se revisan y reflexionan 15 relatos), el mismo que permite una ubicación en espacio y tiempo de los hechos vinculados a la medicina con atributos propios y personajes social y culturalmente adecuados, localizados imaginativamente en algunos puntos nodales y que muestran, de una manera fácilmente perceptible y razonada, la historia de la medicina (y de la humanidad) aunque con cierto dominio ideológico del mundo occidental, que usualmente nos provee de su historia como la única.

Es importante señalar que estos relatos también obligan a discernir y entender sobre las maneras de pensar la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte en los distintos momentos que se ubican estos relatos y que provocan organizar una historia de las ideas que fundamentaron el ejercicio médico, lo que nos permite que la medicina actual no es una casualidad sino el fruto de una evolución compleja, con conductas a veces rígidas y otras flexibles, con actores que siempre expresan aciertos y contradicciones, lo que permite concluir nuevamente que el mundo de la medicina no responde al azar, sino que es el resultado del devenir histórico de la humanidad.

A parte de los relatos otros recursos de aprendizaje son: las obras de arte pictóricas, obras narrativas, obras poéticas, ensayos, textos académicos y textos de difusión histórico – filosófico. Es necesario mencionar que el recorrido por el mundo de las ideas y los hechos históricos en medicina se lo hace tomando en cuenta la participación de las mujeres, las cuales, desde la filosofía, la ciencia, la poesía, la magia y la medicina contribuirán a consolidar la idea de que si queremos saber a dónde vamos es necesario saber de dónde venimos.

La aplicación de la propuesta pedagógica APR en primera instancia estuvo pensada a la educación presencial, se realizaron algunas modificaciones, especialmente virtuales por la emergencia sanitaria. Además, es necesario mencionar que el APR está en plena fase de aplicación, de manera preliminar podemos expresar que los resultados son alentadores, así lo indican los debates en clases y el criterio de los estudiantes.

CONCLUSIONES

- El APR es una especie de cuña que intenta romper la manera vertical (adornada con la tecnología) de enseñar las humanidades médicas. *Hay que humanizar las humanidades médicas* para que dejen de ser retóricas.
- Se debe descargar la responsabilidad única del estudiante de ganar en conocimiento empezando por que en cada “tramo” o período histórico se concluya con acuerdos conceptuales y prácticos.
- Con el APR intentamos integrar en las humanidades médicas el conocimiento –argamasa de la ciencia–, la revelación y la estética.

PALABRAS CLAVE

Aprendizaje, educación médica, filosofía, historia, narrativa y relatos.

REFERENCIAS (APA)

Gargantilla, Pedro (2011) Breve Historia de la Medicina. Madrid, Nowtilus.

Garrison, Fielding H. (1966) Historia de la Medicina: una cronología médica y datos bibliográficos. 4^a ed., México, Panamericana.

Sánchez González, Miguel Ángel (2012) Historia de la Medicina y Humanidades Médicas. 2^a ed., Barcelona, Elsevier Masson.

Astudillo Mendoza, Celin (1981) Páginas históricas de la medicina ecuatoriana. Quito, Instituto Panamericano de Geografía e Historia.

Estévez, Edmundo (2017) El arte de curar y enseñar en la Escuela Médica de Quito. Quito, AFEME.

Estévez, Edmundo (2004) El arte de curar y enseñar: cronología comparada de la historia de la medicina ecuatoriana y universal, del origen del hombre hasta la medicina genómica. 2ª ed., Quito, Noción

Appleyard, B. (2004). Ciencia vs Humanismo: un desacuerdo imprevisible. Buenos Aires: El Ateneo.

Beuchot. M. (2013). Historia de la filosofía medieval. México: Fondo de Cultura Económica

Echeverría, B. (2000). La modernidad de lo barroco. México: Editorial Era

Goic, A. (2009) Conversaciones con Hipócrates. Santiago de Chile: Ediciones Mediterráneo.

Najmanovich, D, (2008). Mirar con Nuevos ojos: nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo... Buenos Aires: Biblios

MESA 2: INTERCULTURALIDAD, MULTICULTURALIDAD

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Una experiencia de Aprendizaje Servicio (Ap-S), Mama Tránsito Amaguaña y la PUCE

AUTORES

Jacqueline Elizabeth Cevallos Salazar (ponente)

Alexandro Vinicio Cruz Mariño

Ruth Elizabeth Jimbo Sotomayor

Irma del Carmen Gómez Walfandery

José Julio Agualongo Tenelema.

EMAIL DEL AUTOR

jcevallos498@puce.edu.ec

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

OBJETIVO

Relatar la propuesta de Aprendizaje servicio (Ap-S) implementado en la asignatura IDIS Comunitario de la Facultad de Medicina a través del servicio médico integral en la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Tránsito Amaguaña.

CUERPO DEL TEXTO

Mama Tránsito Amaguaña y la PUCE comprende una experiencia de Aprendizaje servicio (Ap-S) a favor de la formación médica integral. La concepción de este proyecto nace en la aspiración de generar en los estudiantes de medicina destrezas como la comunicación acertada, el respeto a la interculturalidad, la comprensión de la cosmovisión de los pueblos indígenas andinos y su lengua; así como ofertar una atención de Salud Escolar con óptica intercultural que se acopla al paradigma de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Tránsito Amaguaña de la ciudad de Quito. La Facultad de Medicina tiene como objetivo de grado formar médicos integrales con un profundo respeto al ser humano en su dimensión biológica, psicológica, social, cultural y espiritual y lo consigue a través de la asignatura IDIS comunitario de sus siglas Integración de la Docencia y la Investigación aplicada al Servicio (Oficina de Educación Médica Facultad de Medicina PUCE, 2014).

Con los antecedentes el equipo trabajó en el marco de la Ap-S, la estrategia que fomenta el aprendizaje a través de la práctica en el servicio, mejora los resultados académicos, cognitivos, afectivos y éticos de los estudiantes en trabajo conjunto con docentes y la comunidad (Opazo et al., 2015). Durante el 2018 al 2019, estudiantes de medicina y sus tutores observaron y aprendieron del idioma kichwa, las costumbres y la medicina

tradicional, lo que forja un principio de servicio holístico ante la riqueza cultural del país a su vez que ofertaron el servicio de la salud escolar con acciones como promoción, prevención y curación.

CONCLUSIÓN

En la docencia práctica el acercamiento y trabajo directo con los actores de la comunidad genera un análisis profundo sobre los determinantes sociales y de salud de la población, los estudiantes de medicina pueden vivificar la problemática real y construir espacios de pensamiento crítico concerniente a temas de derecho y acceso en salud. En el margen del derecho a la igualdad de oportunidades para niños y adolescente, toda población debe tener acceso a una atención de salud de calidad y calidez, con profundo respeto a su cosmovisión. El proyecto permitió la interrelación de la educación bilingüe intercultural y la universidad lo que significa un espacio de crecimiento para todos los actores (J. Cevallos, A. Cruz, R. Jimbo, I. Gomez, 2021).

PALABRAS CLAVE

Aprendizaje-servicio, educación de pregrado en medicina, interculturalidad.

REFERENCIAS (APA)

Cevallos, Jacqueline E., Cruz Alexandro V., Jimbo, Ruth. Gomez, Irma., Agualongo Julio. (2021). Mama Tránsito Aaguaña y la PUCE: “humanamente iguales, culturalmente diferentes”. *Revista Infancia, Educación y Aprendizaje (IEYA)*., 7, 12–17. <https://revistas.uv.cl/index.php/IEYA/article/view/2873/2763>.

Oficina de Educación Médica Facultad de Medicina PUCE.
(2014). *Misión, visión, perfil profesional, perfil de egreso, competencias específicas de la carrera y resultados del aprendizaje*. 1–6.

Opazo, H., Ramírez, C., García-Peinado, R., & Lorite, M.
(2015). La ética en el Aprendizaje-Servicio (ApS): un meta-análisis a partir de Education Resources Information Center (ERIC). *Revista de Currículum y Formación Del Profesorado*, 1, 143–175. <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev191ART8.pdf>

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Análisis Socio-Académico del Ingreso de los Médicos a un Postgrado en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

AUTORES

Guillermo Alejandro Rodas Orellana
Gonzalo Eduardo Montero Moretta
Jeanneth Alexandra Rangles Iza
Pamela Alexandra Rodas Rangles

EMAIL DEL AUTOR

GRODAS772@puce.edu.ec

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

INTRODUCCIÓN

En la última década, miles de médicos que egresan de las distintas facultades de medicina no pueden acceder a un postgrado, pues la disponibilidad de plazas y las especialidades que se ofertan son muy limitadas. Este problema está ligado a distintos determinantes de carácter social, académico, administrativo sanitario, entre otros.

El camino para acceder a un postgrado está bajo las normativas del Consejo de Educación Superior (CES), los requerimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP). Los “cupos” son informados a las universidades que ofertan los diferentes programas (MSP, SENESYT, IFT, CES 2017).

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue identificar los posibles determinantes socio-académicos que permiten acceder a un postgrado de medicina en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de esta manera brindar recomendaciones e información relevante para tener mayores posibilidades de acceder a una plaza.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional analítico, basado en la información disponible en las bases de datos de los médicos postulantes a un postgrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador entre los años 2018 y 2019.

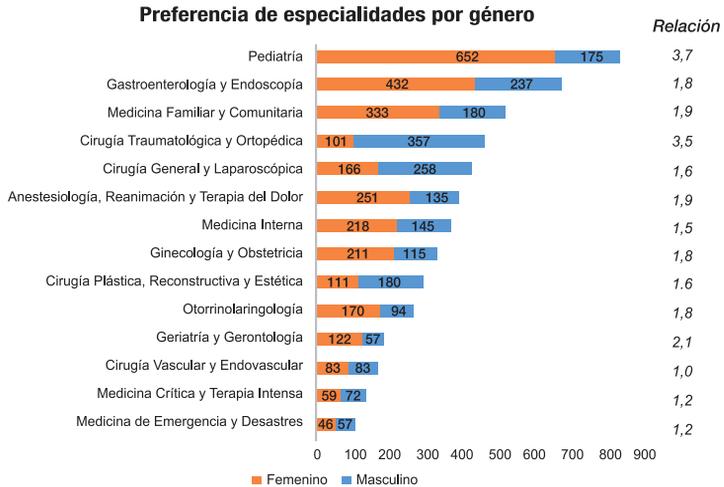
RESULTADOS

La preferencia de especialidad de 5.100 postulantes entre los años 2018 y 2019, varió según el género, las mujeres prefirieron las áreas clínicas y los hombres las áreas quirúrgicas, observándose una diferencia significativa entre las preferencias de especialidad por género.

De los 1603 estudiantes que se presentaron en el año 2019 al concurso de méritos para acceder a un postgrado de medicina, el 11,4% fueron admitidos; 6 de cada 10 tuvieron entre 28 y 31 años con una media de 3,4 años de estar egresados,

Postulantes a postgrado de Medicina en la PUCE 2018 - 2019

n: 5100



Ref. Rodas Alejandro, J. Rangles, G. Montero, P. Rodas. "Determinantes socio-académicos de los médicos que ingresaron a un postgrado en la Facultad de Medicina de la PUCE". 2020. Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

variables que evidenciaron una diferencia significativa entre quienes aprobaron y aquellos que no accedieron a un cupo de postgrado. Se observa una mayor participación del género femenino (53,8%).

Los méritos académicos y el examen de conocimientos de los ganadores tuvieron una evaluación que bordea el 58% y las variables que presentaron diferencias significativas fueron los trabajos de investigación, publicaciones y el puntaje del examen, constituyéndose en determinantes que favorecen el ingreso a un postgrado de medicina. De los 528 admitidos, la mayoría fueron egresados de la Universidad Central del Ecuador (39,4%), de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (10,4%), de otras universidades del país (59,6).

Postulantes a postgrado de Medicina en la PUCE 1ra. convocatoria 2019

Inscritos = 2159
Examen = 1603
Aprobados = 182

Variable	Puntaje	No. Aprobado	Aprobado	p	%	Crecimiento
Índice de méritos de graduación	15 puntos.	11,86	12,25	p=0,559	81,7	18,3
Publicaciones	3 puntos	0,15	0,29	p=0,000*	9,7	90,3
Actualización Médica:	3 puntos	1,267	1,79	p=0,944	59,7	40,3
Ayudantías de cátedra:	3 puntos	0,06	0,126	p=0,000*	4,2	95,8
Méritos y/o investigación:	3 puntos	0,036	0,082	p=0,000*	2,7	97,3
Becas completas o medias becas:	3 puntos	0,15	0,4	p=0,000*	13,3	86,7
Residencias médicas:	3 puntos	1,028	1,01	p=0,054	33,7	66,3
Proyectos de investigación, conferencista:	3 puntos	0,376	0,74	p=0,000*	24,7	75,3
Medidas de Acción Afirmativa:	2 puntos	0,047	0,085	p=0,000*	4,3	95,8
Carpeta méritos sobre	30	14,97	16,78	p=0,031*	55,9	44,1
Examen de oposición sobre	70	32,98	41,68	p=0,000*	59,5	40,5
Total sobre	100	47,94	58,46	p=0,000*	58,5	41,5

Ref. Rodas Alejandro, J. Rangles, G. Montero, P. Rodas. "Determinantes socio-académicos de los médicos que ingresaron a un postgrado en la Facultad de Medicina de la PUCE". 2020. Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Solo el 15,5 % de ellos tuvieron una beca principalmente del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguridad Social.

CONCLUSIONES

Los principales determinantes socio-académicos para acceder a un postgrado de medicina en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador son la edad, los años de egresado, los trabajos de investigación, publicaciones y el puntaje del examen. Se recomienda activar programas de investigación, actualización y motivación para exalumnos, que permitan mejorar su participación en los programas de postgrado.

PALABRAS CLAVE

Académico, medicina, médicos, postgrado, postulantes.

REFERENCIAS (APA)

- Basantes AC. 2020. Más médicos en Ecuador pero menos calidad en la salud.
- Bedoya C. 2015. Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/333057/rbv1de1.pdf?sequence=1>.
- Breilh J. 2013a. Entrevista a Jaime Breilh *: Primera parte. *Rev Arch Med Fam y Gen.* 10:37–40.
- Breilh J. 2013b. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y

ruptura metodológica). VIII Semin Int Salud Pública Saberes en Epidemiol en el Siglo XXI.:1–45. [http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-Breilh%2C J.-La determinacion.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-Breilh%2C%20J.-La%20determinacion.pdf).

CEAACES. 2017. Modelo Genérico de Evaluación de Programas de Posgrados en Ecuador. 2017:1–58.

Diego Bravo MR. 2017. Miles de médicos generales no acceden a becas de posgrado | El Comercio. El Comer. <http://www.elcomercio.com/tendencias/medicos-medicina-educacion-becas-posgrado.html>.

Ferreira Cynthia, Karina García García, Leandra Macías Leiva , Alba Pérez Avellaneda CT. 2010. MUJERES y HOMBRES del Ecuador en cifras III. Ecuador E, editor. file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf.

Garay N. 2018. La mujer supone el 50% de la plantilla médica, pero solo el 20% está en puestos de dirección - El médico interactivo- El médico interactivo. FEB. <https://elmedicointeractivo.com/la-mujer-supone-el-50-de-la-plantilla-medica-pero-solo-el-20-esta-en-puestos-de-direccion/>.

Mehta N. 2020. Médicas no necesitamos actuar como los hombres. Medscape. https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905073#vp_1.

- Mosquera D. 2016. El mercado aún determina los posgrados en Medicina. Sanitaria.
- MSP, SENESYT, IFT,CES I. 2017. Oferta de posgrados de especializaciones médicas – Ministerio de Salud Pública. MSP. <https://www.salud.gob.ec/oferta-de-posgrados-de-especializaciones-medicas/>.
- MSP. 2013. Ministerio de Salud entregará 10 mil becas a través de convenio tripartito – Ministerio de Salud Pública.<https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-entregara-10-mil-becas-a-traves-de-convenio-tripartito/>.
- PAEP. 2015. Guía de estudio de Prueba de Admisión a Estudios de Posgrado. :2–3. doi:10.1016/j.mat-des.2015.09.141.<http://sitios.itesm.mx/va/calidad-academica/files/InstructivoPAEP.pdf>.
- Phillips D. 2017. Médicas frente a médicos: ¿Quiénes tienen mejores resultados? https://espanol.medscape.com/verarticulo/5901081#vp_2.
- Ponce F. 2020. Cuenta y razón.
- PUCE. 2018. Facultad de Medicina Convocatoria para Especializaciones Médicas 2018 Requisitos de Admisión. :14–15.
- Salud CO del TL de DS de la salud. 2007. Taller Latinoamericano sobre Determiantes Sociales de la Salud. ALAMES. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

El parto ¿una posibilidad de un diálogo de saberes?

AUTORES

María Fernanda Acosta Altamirano

EMAIL DEL AUTOR

mafer780@yahoo.com

FILIACIÓN

UNAE; Université Côte d'Azur

INTRODUCCIÓN

El momento de la colonia española en América marca un hito en la historia de este continente. El proceso de conquista supuso la imposición de una matriz civilizatoria que validaba unilateralmente sólo al conocimiento proveniente del occidente europeo. Con los años, y sobre todo a partir del siglo XIX, con la emergencia del positivismo, esta dicotomía entre lo dominado versus lo colonial toma otro matiz: “lo científico” versus el resto de los conocimientos a los cuales se les niega todo tipo de validez. Los saberes y conocimientos locales y ancestrales fueron y han sido subalternados y deslegitimados

o simplemente invisibilizados. Este proceso es denominado por De Souza Santos (2010), como el “pensamiento abismal”.

La salud no ha sido la excepción en estas representaciones de la realidad: el sistema biomédico de salud –también llamado sistema oficial de salud o medicina alopática - ha sido reconocido como el sistema dominante, en muchas ocasiones “el correcto” y hasta el “único válido”. Esta clasificación hegemónica de saberes ha marginalizado otros tipos de saberes y conocimientos, tales como son aquellos de las parteras.

La antropología médica plantea aprehender sobre la diversidad de prácticas curativas y sus representaciones y afrontar el reto de deconstruir los cánones hegemónicos de los cuales somos herederos. Para estos efectos, en un primer tiempo, se exponen la construcción de la colonialidad del saber en los sistemas curativos; y, posteriormente, la atención se centra en las nociones de cuerpo que han ido emergiendo en la cultura y atención del parto. Estos debates permitirán entender ciertos hitos sobre las representaciones que giran en torno a la cultura del nacimiento.

OBJETIVO

Analizar la posibilidad de un diálogo de saberes sobre la atención del parto, estudiando la construcción de la colonialidad del saber en los sistemas curativos y las prácticas y representaciones propias de cada sistema médico.

METODOLOGÍA

Este artículo expone resultados de un trabajo de investigación doctoral, y específicamente los datos que se presentan en este texto, son el resultado del diálogo entre autores tras una recopilación bibliográfica.

RESULTADOS

Existen tres distintos sistemas de salud: el biomédico, también llamado académico, sistema oficial salud (SOS.) o formal; el sistema ancestral; y el sistema alternativo. Cada uno de estos sistemas tiene en muchos de los casos nociones diferentes de cuerpo, salud-enfermedad, paradigmas curativos. Sin embargo, las fronteras entre estos tres sistemas son flexibles y muchas veces se conectan.

Las relaciones entre estos sistemas de salud (sobre todo el oficial y el ancestral) están atravesados por relaciones de poder que son parte de procesos como el neocolonialismo, el positivismo (con su modelo tecnocrático) y lo que Armando Muyulema denomina “blanqueamiento” social y cultural. Estas construcciones generan imaginarios culturales en los que se considera al parto hospital o atendido en el sistema oficial de salud como el único sistema válido y seguro y marginalizan las parteras muchas veces.

Las relaciones entre los sistemas de salud (Cunningham, 2002)

El enfoque paternalista o integracionista

El enfoque culturalista

El enfoque de convivencia

El enfoque de empoderamiento o autonómico

De estos enfoques, según el estudio de caso planteado los cuatro enfoques están presentes.

CONCLUSIONES

La antropología médica genera discusiones para entender los otros sistemas de salud que potencian el “mejorar” con

la introducción de la biomedicina; cuestionar la jerarquía del sistema médico académico y ubicar este debate en un contexto más amplio, en el “nuevo orden mundial”. En este proceso se visibilizan las relaciones de dominación y subalternización.

Cunningham complementa este análisis proporcionando la herramienta teórica para enfoques interculturales en el campo de la salud con aquellos que visibilicen la calidad de los posibles préstamos entre sistemas de salud. En varios escenarios posibles, existen situaciones de dominación, folclorización, división y autonomía, que pueden incluir las posibilidades de dominación entre los diferentes sistemas médicos.

Esta comunicación no busca negar los aportes de la ciencia, la tecnología y la biomedicina, sino cuestionar la idea según la cual este conocimiento es la única comprensión del mundo y la salud existente. También expresa la necesidad de construir sistemas médicos más respetuosos de la diversidad cultural y que puedan cerrar la brecha entre ellos a través de diálogos de conocimientos y saberes. Busca entender el parto desde la pluralidad.

PALABRAS CLAVE

Antropología médica, Colonialidad epistémica, Cuerpo enajenado; Decolonialidad, Nacimiento, Partería, Parto

REFERENCIAS (APA)

ACOSTA, M. F. (2017). *CULTURES DE LA NAISSANCE, entre la tradition et le biomédical. Étude comparative de cas en Équateur et au Portugal*. Nice : Université Côte d’Azur.

Asamblea Nacional. (1994). Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia. Ecuador, Asamblea nacional.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución política del Ecuador. Montecristi, Asamblea Nacional del Ecuador. 119 p.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2009). Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Acompañado en el Sistema Nacional de Salud. Ecuador, Asamblea Nacional del Ecuador.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2016). Memorando N°. SAN-2016 0929. Quito, Asamblea Nacional del Ecuador. 24 p.

BENOIST J. (1996). «Carrefours de cultes et des soins à l'île Maurice», Les classiques des sciences sociales. Université du Québec à Chicoutimi.

BENOIST J. (1997). «Réflexions sur le pluralisme médicale : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ?», Les classiques des sciences sociales. Université du Québec à Chicoutimi.

BENOIST J. (2002). Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie. Paris, Amades. Index, 360 p.

BENOIST J. (2008). «Publications en anthropologie», Les classiques des sciences sociales. Université du Québec à Chicoutimi.

- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, Editions de Minuit.
- BOURDIEU, P. (2000). *Cosas dichas*. Barcelona, ed. Gedisa.
- Cáceres E. (n/d). “Encuentros y desencuentros de dioses y curanderos: 500 años en la medicina andina”. *Salud, historia y cultura*. Quito, Edición Abya-Yala, 152-158 p.
- CRUZ M. (n/d). “Historia de las neurociencias en América”. *Salud, historia y cultura*. Quito, Edición Abya-Yala. *Bibliographie*, 152-158 p.
- CUNNINGHAM M. (2002). *Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*. Estados Unidos, OPS y OMS.
- DE SOUZA SANTOS, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Trilce.
- DUSSAULT G. (1985). «Professionnalisation et déprofessionnalisation. *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*», *Les classiques des sciences sociales*. Université du Québec à Chicoutimi.
- GOBLET V. (1993). *Parteras, entre brujas y doctores. Juegos de poder antiguos entre agentes de los sistemas de salud formal e informal en la Sierra Ecuatoriana*. Quito, FLACSO-Ecuador. *Bibliographie*, index, 74p.

GUERRERO P. (2002). La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y diferencia. Quito, Abya Yala.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (n/d). “Fascículo provincial Pastaza”. Resultados de censo 2010, de población y vivienda en el Ecuador. Quito, INEC. Illustrations, tables, 8 p.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2010). Recensement de Population et logement (2010). Quito, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (n/d). Ecuador en cifras. Quito, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

KAPTCHUK, T.; EISENBERG, D. (2001). “Varieties of healing. 1: Medical pluralism in the United States”, *Annals of Internal Medicine*. United States of America, American College of Physician.

MIDEROS R. (2008). “Medicalización e industria del nacimiento”, *Transformationnel Sociales y sistemas de salud en América Latina*. Bibliographie, illustrations, pp. 247-255.

Ministerio de Salud Pública. (2008). Guía técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. Ecuador, Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud, Petroamazonas. (2009). Cuaderno del promotor de salud intercultural. Ecuador, Petroamazonas Ministerio de salud.

- Ministerio de Salud Pública. (2011). Guía metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada. Ecuador, MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Módulos de capacitación en atención materna culturalmente adecuada para el personal de salud. Ecuador, MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Módulos de fortalecimiento de conocimientos a parteras ancestrales. Ecuador, MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (n/d). Unidades de salud ecuador. Zonas de planificación. Plataforma Geosalud. Ecuador, Ministerio de Salud Pública
- MUYOLEMA A. (2001). “De la “cuestión indígena” a lo “indígena” como cuestionamiento. Hacia una crítica del latinoamericanismo, el indigenismo y el mestiz(o)aje. Ecuador”. Convergencia de los tiempos. Estudios subalternos. Contextos latinoamericanos. Estudios cultura y subalternidad. Amsterdam/Atlanta, Rodopi.
- NOBOA P. (2006). “Representaciones del corpus de la naturaleza. De la pre a la Postmodernidad”. Textiendo textos y saberes. Colombia, Universidad del Cauca. Bibliographie, 81-104 p.
- OMS. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza. Fortaleza : OMS.

Organización Panamericana de Salud. (1993). Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. OMS y OPS.

Organisation des Nations Unies (ONU). (2013). Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2013. États- Unis : Nations Unies.

Prefectura de Pastaza, Arajuno. (2014). Ecuador, Prefectura de Pastaza

Rodríguez Flor Germán. (2010). La Faz oculta de la medicina andina. Quito, Edición Abya-Yala. Bibliographie, illustrations, index, 96 p.

SOLARTE RUANO M. (2010). Hierbas, usos, rezos y rituales –testimonio. Santiago de Cali. Voir : <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/hierbas-usos-rezos-y-rituales/hierbas-usos-rezos-y-rituales.pdf>. (Consulté en octobre 2012).

SAILLANT F. ; GENEST S. (2006). Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux. Paris, les Presses de l'Université Laval, Economica, Anthropos. Bibliographies, index, 467 p.

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Percepción de la enseñanza/aprendizaje de la interculturalidad en los docentes de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 2021

AUTORES

Est. María José Torres Logroño
Dr. Freddy Gonzalo Carrión Suárez

EMAIL DEL AUTOR

majoset95@gmail.com

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito,
Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

Actualmente vivimos un cambio social, político y cultural, debido a la convergencia de diversas culturas sumado al incremento de migraciones generando una sociedad pluri y multicultural por lo que es importante la educación y formación a los estudiantes con una visión intercultural, especialmente en las facultades relacionadas con la salud porque son aquellos que en su vida profesional se enfrentaran

a problemas relacionados a aspectos socioculturales y está en sus manos brindar una atención de salud integral. La educación debe tener un cambio en su metodología de enseñanza donde no solo exista un predominio hacia la cultura dominante, sino que se desarrolle una integración de otras culturas, ideologías y cosmovisiones; dentro del Sistema de Educación Superior Ecuatoriano se establece que la formación profesional y académica debe estar enfocada hacia la parte científica y humanista, donde exista una unión entre los saberes ancestrales y la ciencia por lo que las instituciones y los docentes deben implementar cambios en su estructura educativa donde se incluya los conceptos de interculturalidad y se los aplique en sus metodologías de enseñanza.

OBJETIVO

El objetivo fue describir y analizar la percepción de la enseñanza/aprendizaje de la interculturalidad que tienen los docentes de la carrera de Medicina de la PUCE 2021.

METODOLOGÍA

Se empleó un muestreo hasta saturar la muestra, esta corresponde a 18 docentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, la información fue recolectada a través de entrevistas semi-estructuradas, se realizó un análisis cualitativo con ATLAS.ti 9.0, los resultados fueron expuestos en Nubes de Palabras y Diagrama de Giddens.

RESULTADOS

Los resultados demostraron un nivel adecuado pero superficial sobre interculturalidad en los docentes. El aprendizaje basado en problemas (ABP) fue la estrategia

más mencionada para incluir temas de interculturalidad, y otras metodologías como enseñanza provocada por relatos (APR), IDIS comunitario y Vinculación. Existe un apoyo por parte de las autoridades en relación con la interculturalidad de forma inherente. El marco reglamentario es desconocido por parte de los docentes, para el desarrollo y fomento de la interculturalidad en el campo de la medicina. Se proponen medidas y materiales para difundir interculturalidad en sus clases como aprendizaje por experiencias donde se discutan experiencias positivas y negativas relacionadas con interculturalidad.

CONCLUSIONES

Los docentes tienen un conocimiento claro pero superficial de interculturalidad, sin embargo todos difunden interculturalidad ya sea de manera implícita o explícita mediante estrategias bastantes utilizadas como ABP, APR, y prácticas preprofesionales donde los estudiantes tienen una participación activa, relacionándose con diferentes culturas y comprendiendo conceptos que no están directamente ligados con la medicina, además hicieron propuestas como las implantaciones de espacios de diálogo y optar por capacitaciones sobre interculturalidad.

“El médico no está solo para aspectos orgánicos, sino también para analizar las construcciones sociales de la enfermedad. He ahí la importancia de los conceptos de interculturalidad en la malla curricular.” (H5_48)

PALABRAS CLAVE

Aprendizaje, docentes, enseñanza, etnia, interculturalidad, percepción.

REFERENCIAS (APA)

- Haboud, M. (2020). Educación Intercultural Bilingüe en el Ecuador. *Elad-Silda*, 3, 10–25. <https://doi.org/10.35562/elad-silda.579>
- Peiró, S., & Merma, G. (2012). Interculturality in the education. Situation and foundations of intercultural education based on values. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 12, 127–139.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2018). *Ley Orgánica de Educación Superior, LOES*.

PONENCIA 5

TÍTULO DE LA PONENCIA

Registros de mala calidad en la práctica médica ambulatoria, perspectiva de los médicos.

AUTORES

Dr. Lenin Israel Yenchong Meza.

Dra. Adriana Katuska Robles Briones

Dra. Erika Karina Quishpe Narváez.

EMAIL DEL AUTOR

leninyenchong@outlook.es

dandrysaro@gmail.com

ekquishpen@puce.edu.ec

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Posgrado de Medicina Familiar.

INTRODUCCIÓN

Numerosos factores pueden incidir en el desempeño de los profesionales de salud, la atención puede afectarse por la satisfacción de su trabajo, por falta de insumos, falta de capacitación o experiencia, esto se refleja en el paciente y en la calidad del registro de la HC (Soriano y Piñol Moreso, 2001;

Donabedian, 2001), pilar fundamental del sistema sanitario (Navarro-Pérez et al. 2011; Cáceres et al. 2015; Armas et al. 2019).

OBJETIVO

Describir los factores que influyen en la calidad del registro de las historias clínicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la práctica médica ambulatoria de los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio: Cualitativo, narrativo, interpretativo (entrevistas, observación).

Población de referencia: Registros clínicos de personas con diabetes mellitus tipo 2.

Muestra: Entrevista a 8 médicos y 4 responsables de auditoría médica, observación a 26 médicos durante su atención.

Categorías de análisis:

- **Personal de salud**
Lugar de trabajo, conformidad con el sueldo, capacitación MSP, tiempo de consulta, formularios MSP, insumos médicos.
- **Proceso de auditoría clínica**
Proceso de evaluación de las HC, criterios de calidad, opinión sobre los aspectos a mejorar, existencia de comités de auditoría y lineamientos para la elaboración de HC.

- **Observación de la consulta externa**
Registro de la información, percepción de la satisfacción del paciente, actividades del médico.
- **Recursos de los centros de salud**
Instrumentación básica para la evaluación de los pies.

RESULTADOS

Entrevista a los médicos: 8 (25% de la muestra seleccionada) accedieron a ser entrevistados:

- *“Creo que es muy básico que le faltan muchas cosas”.*
- *“El tiempo se debe individualizar”*
- *“Se pierde esa conexión directa con el paciente”*

Estamos ante una representación social en crecimiento.

Proceso de auditoría clínica

Entrevista a 3 responsables:

- *“La calidad no es buena, existe mucha letra ilegible”.*
- *“Cerca del 90% de las HC cumplen con todo”.*
- *“Falta de capacitación al personal competente”.*
- *Lineamientos en Ecuador sobre registros de HC “no hay”.*

Se trata de una representación social en nacimiento.

Observación de la consulta externa

El lunes, de 8 a 12 se sorprendieron los médicos al ser observados en su consulta que duró en promedio 23 minutos, tiempo mayor cuando llenaron formularios. Algunas interrupciones en 17 casos por el celular o recepción de documentos. Tomaron 1 hora para el almuerzo y de 1 a 5

descansos de 7 minutos en promedio. Se percibió satisfacción de los pacientes. Pocos usaron alcohol al atender y solo 1 se lavó las manos.

Ningún médico logró una valoración completa.

Observación de los insumos institucionales

El CSJ es el más completo en cuanto a insumos médicos necesarios para la detección de riesgo de pie diabético, mientras que el CSSP es el más precario; el diapason 128Hz, el monofilamento de 10 gramos y el Doppler vascular son los insumos que más faltan.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontró que la calidad del registro de las se ve afectada por el tiempo de consulta, los documentos a llenar, falta de auditoría, falta de espacio, medicinas e insumos.

PALABRAS CLAVE

Atención ambulatoria, calidad de atención, diabetes mellitus, entrevistas, observación de la consulta externa, registros médicos.

REFERENCIAS

Armas, H., Espinoza, J., & Pereira, H. (2019). Calidad Del Registro De Historias Clínicas De Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Que Acuden a Los Centros De Salud Los Rosales, Puerto Quito, El Carmen Y Jipijapa Y Su Relación Con El Riesgo De Complicaciones en sus Pies. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Cáceres, J., Cusihuaman, J., & Paucar, O. (2015). Factores relacionados a la calidad de los registros de enfermería (soapie) en el servicio de emergencia del hospital militar central Trabajo Académico para optar El Título de Segunda Especialidad en [Universidad Peruana Cayetano Heredia]. [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/582/Factores relacionados a la calidad de los registros de enfermería %28SOAPIE%29 en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.pdf? sequence=1&isA](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/582/Factores%20relacionados%20a%20la%20calidad%20de%20los%20registros%20de%20enfermer%C3%ADa%20SOAPIE%29%20en%20el%20Servicio%20de%20Emergencia%20del%20Hospital%20Militar%20Central.pdf?sequence=1&isA)
- Donabedian, A. (2001). La Calidad de la Atención Medica. *Calidad Asistencial*, 16, 538. <https://doi.org/16s29-s38>
- OMS. (2017). OMS | Diabetes. In Who. http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Ortiz, A. (2018). Diabetes mellitus tipo II en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 36(1), 1–11. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4027.26>
- Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C., & Casas Patiño, D. (2018). Medical consultation, time and duration. *Medwave*, 18(5), e7266. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7264>
- Rojas, E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2016). *Revistas. Revista Venezolana de Gerencia*, 21(73), 7–12. <https://doi.org/10.31876/revista.v21i73.21063>

- Sánchez, R. (2013). Acreditación académica institucional Institutional academic accreditation. Universidad de Ciencias Medicas Camaguey, 641–647.
- Soriano, J. S., & Piñol Moreso, J. L. (2001). Historia clínica de atención primaria: Calidad y factores asociados. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 28(8), 535–542. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70444-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70444-1)
- Universidad de Cuenca. (2020). Carrera de Medicina y Cirugía | Universidad de Cuenca. <https://www.ucuenca.edu.ec/medicas/carreras/carrera-de-medicina-y-cirugia>
- Urquiza, R. (2017). Tiempo de consulta, gestión clínica y trabajo diario de un médico de familia. *Rev. Méd. (La Paz)*, 23(2), 79–83.
- Zafra tanaka, J., & Veramendi Espinoza, L. (2013). Carta el Editor: Calidad de registro en historias clinicas en un centro de salud delc allao, Peru 2013. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(4), 719–720.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

R: Muchísimas gracias, doctora, por. A continuación, vas a tener un espacio de preguntas.

P: Tenemos una pregunta para Jaqueline. La pregunta dice así si los estudiantes tienen espacios para reflexionar sobre la experiencia y las ventajas y los conflictos y la interculturalidad en salud y cómo se conecta con las asignaturas de antropología y lo que nos habla el Pepe Sola.

R: de todo, pero realmente el aprendizaje servicio es una forma de aprender a ser. Si tenemos algunas limitantes que yo les había puesto en la exposición, como el tema del tiempo, verdad, como el tema del recurso del presupuesto, hay otros temas también en el hecho de que no, no, no, no siempre, ¿pues ahí esta apertura verdad? Por las instituciones para poder hacer un aprendizaje servicio y el estudiante viva en tiempo real. La interculturalidad. Nosotros pues encontramos este espacio que presentamos que es la escuela transitando Maguana y se pudo dar a la práctica o se pudo dar la experiencia, afortunadamente. Si bien pues no se midió esta experiencia puede ser. Un segundo paso de este trabajo es medir la percepción en estudiantes, docentes y en la unidad educativa para ver el impacto de sobremano en nuestros estudiantes. Porque ese era el objetivo primordial en el tema de lo que pregunta el Doc Pepito me parece que

era en el tema de pandemia y no lo escuché bien, ¿me repite la pregunta doc Esperancita?

P: Si, la pregunta es ¿cómo se conecta con las asignaturas de Antropología y los que nos hablaba el Pepe Sola?

R: Ok. Lo interesante de las mallas de la Facultad de Medicina es esta interacción entre las diferentes asignaturas. Los chicos, en las ciencias básicas tienen asignaturas como comunicación, historia, de la medicina, las antropológicas que nos ayudan muy acertadamente, pues nuestros compañeros, Alexis, Pepe, también está el Daniel Maldonado, la doctora Castro. Entonces pensé que el IDIS teje esas redes de interconectar las otras asignaturas. Por lo tanto, es un espacio muy válido para vivificar. También está esta parte de la antropología médica. Pues si bien el IDIS tiene sus propios objetivos como asignatura. Pues nos esforzamos por entrelazar. Y yo voy a tomar las palabras de las dudas de Esperanza Arévalo. Mi profesora. Y de las dos. El IDIS es el corazón de la carrera de Medicina.

P: Muchas gracias y aquí tenemos otra pregunta para María José dice cómo podrían los estudiantes, tanto de niveles inferiores como superiores, recuperar el desarrollo y la pérdida de estos conceptos de interculturalidad dadas por contacto, por la pérdida de las prácticas de interacción con pacientes durante dos años por la pandemia. María José. ¿Escuchas? Mientras tanto, tenemos otra pregunta para Lenin, dice muy interesante el tema, la pregunta dice así ¿Cuál es el uso y la percepción de la utilidad de

la información de la historia clínica en el seguimiento de los pacientes? Lenin, por favor.

R: Hola, buenos días. Si el tema general de nosotros es un tema tanto cualitativo como cuantitativo, en la parte cuantitativa, nosotros hicimos una revisión completa de las historias clínicas de entre todos los. Todo lo que tendría que tener para determinar si la historia clínica era completa y buena, hicimos una revisión que fue desde febrero de 2020 a marzo del 2020, de 282 historias clínicas. Siempre con un total de 730 evoluciones y en todo lo que revisamos en ese seguimiento de un año hubo muchos. Fue parte de la pandemia. Posiblemente sea por eso que no se hizo todas las intervenciones que dicta el ministerio de una historia clínica completa, porque el resultado que nosotros obtuvimos de todas las historias clínicas que revisamos fue que ninguna historia clínica tenía era completa o tenía todos los requerimientos. No sé si eso responde a su pregunta.

P: Muchas gracias, Lenin, y yo tengo una pregunta para Alejandro este tema me preocupa, es sobre el trámite administrativo que tiene que realizarse para ingresar a un posgrado. ¿Cuáles crees que son los nudos críticos en este proceso?

R: Esperancita, como tú mencionas, es ese. Yo creo que cada proceso tiene diferentes áreas en donde tienes que trabajar, es decir, en un momento te inscribes en otro lugar, pagas en otro espacio, llenas los datos y dices de dónde vienes, de que de quién eres, ¿de qué facultad vienes? Es decir, el problema más grave es que no está unificado. La sugerencia sería Esperancita para los colegas que son que tienen influencia

en la administración, tener un solo formato digital en donde el postulante tenga que llenar toda su información histórica de filiación y todos los datos y que con esa información digital puedes cruzar cuando un postulante es aprobado o no es aprobado, de modo que la información quede en una sola base de datos. Existen 10 bases de datos sobre las cuales independientemente cada una con su información, aportaron para poder tener estos resultados y estas conclusiones y tejer una red que nos sirva de análisis en el proceso. Entonces yo creo que es un trabajo muy importante administrativo en la Secretaría de inscripción y para evitar tanto el trabajo también a nuestras Netto, nuestro personal administrativo, evitar un montón de cosas escritas. El sistema digital yo creo que favorece muchísimo ahora, es decir, creo que el 95 por ciento de información y datos pueden ser digitalizados en una sola base de datos y con eso dar un seguimiento permanente. Porque esta historia que se escribió hace un año y medio, porque terminamos el proyecto ante la pandemia. Estoy seguro, Esperancita, que si tú me preguntas cuál es la realidad de hoy, seguramente será diferente, pero va a ser muy complejo. De nuevo ir a recoger los datos de la misma forma para ver una realidad actual. Entonces esa sería la sugerencia de Esperancita.

P: Muchas gracias, Alejandro. No sé si María José nos pueda contestar la pregunta formulada

R: Sí, es bastante triste que no puedan realizar estas prácticas para profesionales, pero lo que yo siempre pienso y recomiendo es que lean, que sean autodidactas, que realicen investigaciones. Como ya habíamos visto la presentación del doctor Rodas. Esto no sólo les va a servir ahora, sino

les va a servir en un futuro, realizar investigaciones hasta para aplicar a los posgrados. Y en cuanto específicamente al tema de interculturalidad, si ustedes se ponen a investigar, hay un montón de artículos de documentos que hablan sobre interculturalidad propia del país, en donde se puede aprender sobre enfermedades culturales, por ejemplo, esto del mal aire, el susto y un montón de enfermedades más que podemos aprender desde pequeños y también quizás aprender hasta una lengua distinta como el kichwa, que qué lindo sería para el paciente y que tú les saludos en quechua. Entonces esa es la manera en la que uno puede fomentar la interculturalidad en nosotros mismos.

P: Gracias. Muchas gracias, tengo una pregunta para María Fernanda ¿Cómo influyen los paradigmas en la formación de los profesionales de la salud en este último periodo de tiempo?

R: Yo creo que hay paradigmas. O sea, por ejemplo, desde cómo opera el frío, el calor y demás. ¿Que eso es bueno, es una formación intergeneracional? No, no es una formación desde el sistema oficial de salud. Entonces, por ejemplo, dentro del sistema indígena es complejo porque tienes diferentes mundos, no como el mundo cotidiano, el inframundo, el otro mundo. Y hay enfermedades como la que acaba de plantear María José, que son percibidas como que hay una presencia de espíritus, el mal aire, el mal de ojo y demás que se explican por estas conexiones de mundos y por desequilibrios, sea siempre parte de un principio de desequilibrios. Y bueno, ya en el mundo terrenal implica este tema del frío, lo caliente, lo dulce, lo amargo, lo que son las plantas que se utiliza y sirve para compensar. Por ejemplo, se piensa que la fiebre es

un exceso de calor, ¿entonces que te van a dar? Te van a dar hierbas frescas. Se piensa que por ejemplo, cuando tienes un malestar de estómago, exceso de calor o una gripe exceso del frío por exceso de frío van a hacer infusiones cálidas. Entonces es como otra explicación que opera que yo la tos conecto. Por ejemplo, se me ocurre con el tema de Hipócrates, ¿no? O sea, con este tema del colérico, del sanguíneo, que ya pues me resuena con la Ayurveda. Si me resuena como este exceso de desecho, de húmedo exceso de agua, cada vez me parece como que hay una conexión entre los orígenes de la medicina de distintas tradiciones, como que la Ayurveda es de ancestral, es milenaria, no como la medicina ancestral aquí en América. Entonces me parece curioso, me parece que ameritaría de pronto un estudio sobre estos principios de forma de entender la vida, los cuerpos y demás, estos paradigmas de salud entre las distintas, las distintas culturas. Gracias.

P: Muchas gracias. Tenemos otras preguntas, Alejandro, otra ronda. qué recomendaciones darías al aparato administrativo de la Universidad para facilitar el registro del proceso de ingreso de los estudiantes. A propósito de las dificultades que tuviste en la recolección de los datos.

R: Básicamente sería vinculada a la pregunta que me hiciste tú, Esperancita, es decir, yo creo que lo más importante ahorita es unificar en un solo sistema en donde tengas la base de filiación del postulante, en una sola, en una sola hoja digital, con toda la información del caso que permita luego esta información bajar a una tabla de Excel y hacer análisis a análisis estadísticos o referenciales. Facilita muchísimo, y no solamente en el momento de la inscripción sería Esperancita, sino en el proceso decir quién se escribió, qué es lo que pasó,

que aprobó, qué nota tuvo, cuánto presentó en el ámbito del idioma, por ejemplo, cuánto fue en la carpeta y finalmente dar un seguimiento de qué en qué posgrados se inscribió en relación. Muchos tuvieron un anhelo a un posgrado y terminaron por sus notas y posibilidades, accediendo a una especialidad diferente también. Y claro, la idea sería con esta información dar seguimiento, porque la pregunta global es si yo tengo un sistema administrativo que me permita seguir a los progresistas, a mí me gustaría saber que pasa de 9 de cada 10 estudiantes de la puse en donde están, en donde están, en posgrado, siguieron el posgrado, no tuvieron acceso a un posgrado, en donde están ellos. Entonces yo creo que ese es un elemento que genera un proceso más cultural de redes, más humanista, no solamente académico. Si a mí me interesa saber qué es lo que les pasó a los estudiantes, en qué parte del desarrollo personal están, no solamente para saber si fueron exitosos o no con un posgrado. Si me explico. Es decir, unir a lo que dice el ABP sin más el concepto cultural, emocional, familiar en su desarrollo personal. Yo creo que eso sería un punto. Hay una unidad en la universidad que tiene como un seguimiento de los de los egresados. Yo creo que ellos pueden ser en el ámbito objetivo, un eje fundamental de ayuda para conseguir este sistema. Eso significa que tu experiencia una sola persona podría realizar esta primera fase de la fase de incorporación, la de seguimiento sería, pero una sola persona podría hacerlo tú, si es que la base de información está unificada. Una sola persona podría hacerlo y yo creo que eso podría ayudar en este momento. Es decir, cada persona cumple un rol y hace parte del proyecto. Entonces, por ejemplo, el tema del idioma está en una unidad de los estudiantes. El tema de las notas está en la secretaría. El tema de dónde vino el estudiante está en los archivos de la facultad del decanato. Es

decir, están en 10 unidades diferentes, totalmente separadas y estoy seguro de que con una buena base de datos, con una construcción, con este, con este anhelo tú lo puedes lograr fácilmente. Y es más, ni siquiera tiene que hacer el docente o el o el administrativo de la universidad. Tiene que estar en la hoja de inscripción que hace el mismo postulante y luego tú pones de un OK y certificado. Entonces ni siquiera es para generar un montón de trabajo en el personal directivo de la universidad.

P: Muchas gracias otra pregunta para Jaqueline, dice así ¿En las estrategias de promoción y prevención se tomaron en cuenta los conocimientos y prácticas en salud de la comunidad y de qué manera?

R: Bueno, hay muchas, muchas experiencias bonitas, porque ese trabajo lo llevamos en dos mil dieciocho al 2020, ¿verdad? Entonces una de las experiencias de este tema que yo les comentaba de La Pampa Mesa en La Pampa Mesa, pues todos los participantes, todos los usuarios, incluyendo el grupo del día y el docente, pues llevábamos algo para compartir desde los estudiantes, pues el mensaje que querían dar era el tema de la buena nutrición. Y aprovechamos pues la famosa mesa para ofrecer esta charla. ¿Entonces luego de socializar verdad? De la bienvenida que dan los participantes los niños as adolescentes fue la compañera directora no nos dio, nos dio la voz y los estudiantes iban exponiendo el beneficio de la quinua. No es cierto el beneficio de la fruta en beneficio de la carne del del cuy. Entonces a través de la misma los mismos alimentos de la sierra andina, pues pudimos brindar este mensaje de la buena nutrición, del uso de la proteína, la fibra, la fruta, la verdura. Entonces de esta forma respetamos

la cosmovisión indígena, nos introducimos en la cosmovisión indígena y dejamos pues el mensaje de promoción de la salud en la nutrición con nuestros estudiantes de medicina.

P: Muchas gracias. Gracias, Jacqueline, gracias y una pregunta final para María José. Básicamente la pregunta está en relación a si se puso en marcha el enfoque etnográfico. María José cuando y si se hicieron.

R: Se hizo una observación en la participación de los docentes de entrevistados y observaste lo que ellos decían y. Y tendrían relación. Así es que esas estrategias que se realizaron estaban correlacionadas con este poco intercultural. Ya está bueno, la verdad, debido a la pandemia, como se empezó esta tesis de 1021 etnográficos, no se lo pudo realizar en totalidad, más bien fue empírico. Por parte de mi experiencia como alumna y como alumna puedo decir que desde los primeros semestres, si la educación es de manera intercultural, como podemos ver con las prácticas profesionales, hablando nuevamente de éstas, pero también en clases en el ABP, donde se nos habla, por ejemplo, que la vecina le dijo a la señora que no coma carne porque el bebé va a salir cabezón. Entonces a mí son esas pequeñas frases y esa educación que a mí me queda hasta ahora. Por ejemplo, también en las clases del doctor Alexis Rivas en Antropología podíamos observar cómo existen enfermedades solo de un solo sector que se dirigía a un solo sector. En este caso yo me acuerdo de esta enfermedad que solo les daba a las mujeres y a los niños porque se comían el cerebro de las personas que se morían y esto era en África. Entonces hay un montón de temas que tratan los profesores en clase y por experiencia puedo decir que si se imparte conocimiento intercultural, sin embargo, no en todas las

especialidades. Y lo más importante, como vi también en otra pregunta que me habían realizado acerca de la APR, yo ya no tuve el gusto de recibir a ver que es este aprendizaje provocado por relatos en donde mediante hechos de historias tratan de enseñarles que existen diferentes paradigmas de ideas. Entonces sí, sería excelente que estas materias gains e imparten interculturalidad se diera sobre todo en los semestres superiores donde el alumno está cerca, ya sea el profesional y la mayoría. Vamos a hacer la rural y ahí es donde más nos encontramos con este choque intercultural, ¿no? Entonces deberíamos tener este conocimiento bastante fresco. Es gracioso.

P: Muchísimas gracias, doctora. Ahorita vamos a pasar el espacio de preguntas.

P: Tenemos una pregunta. Para ir despacio y encontrarte con un pasaje que llegó hasta la cumbre, que está bien para Margaret, tú nos hablaste sobre un proyecto donde haces las visitas domiciliarias de los pacientes que tienen diabetes mellitus. ¿De qué depende que se haga esa visita? ¿Hay algún factor? Digamos que no asiste a la consulta, no se controla el nivel de azúcar. ¿De qué depende que escojas a ese paciente para la visita domiciliaria? ¿Me comprendiste?

R: Fer algumas sim. No sentido de que é um busquei entrevistar o próprio possuir. Saber sobre o manejo com o seu resíduo. Então é a medida que eu estava lá no programa entrevistando e começaram a vir só para minha área eu fui atrás da visita domiciliar e eu contei com o apoio do agente

comunitário de solta que é um. Funcionários clientes na nossa rede de saúde pública. Mas o ELO é aí que eu soube da família com a comunidade, foi assim que eu consegui localizar os pacientes diabéticos os quais eu ainda não tinha espada na minha moto.

P: Y la otra pregunta tengo para Bárbara, ustedes tienen un sistema de salud donde se sabe que es lo que hay que hacer con los residuos. La pregunta es ¿se ha hecho una evaluación de cuánto se contamina el aire, el suelo y el agua por los residuos producidos por los profesionales?

R: Quem fez? Nossa pesquisa Ela Foi feita portanto apenas um estudo é descritivo fazer esses levantamentos sobre a questão do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde gerados nos estabelecimentos não ecológicos entretanto nós temos isso que nenhuma das pesquisas que já quantificaram é já quantificaram a presença de resíduos temos pesquisas aqui no nosso. Terminação é por exemplo serviços de saúde de um modo geral levam a contaminação da água superficial água subterrânea né com o índice emergentes inclusive e também é contaminantes do som más na nossa pesquisa nós não disse não fizemos esta é não foi o nosso intuito não é esse o nosso objetivo.

LECCIONES APRENDIDAS-CIERRE

ESPERANZA AREVALO: Muy bien, entonces voy a intentar hacer un pequeño resumen de las excelentes exposiciones que hemos tenido el día de hoy, sin antes solicitarles a nuestros participantes que por favor nos acompañen en la tarde, que tenemos otro excelente eje.

Respuesta a un mensaje a Lenita. No, gracias a ti, Lenita, por la oportunidad. Muy bien, entonces comenzaremos. La primera, ponencia, la tuvimos a cargo de Fernanda Avendaño, Avendaño nos habla de un proyecto ambicioso que tienen en Argentina sobre educación sexual integral. Este proyecto que nos presenta tiene objetivos educacionales que ustedes lograron mirar, claramente definidos en cuanto a conocimientos y básicamente lo que intentan lograr son valores y actitudes en salud sexual y reproductiva. Intentan formar de manera integral a los niños en diferentes fases de su vida estudiantil y diría yo en su desarrollo y crecimiento. Lograr un aprendizaje social más que cultural, nos contó que este es un proceso difícil y de las dificultades que está teniendo Argentina en este proyecto y que llevan varios años tratando de impulsarlo. Después tuvimos a Paloma. Paloma nos habló de algo interesante y que también nos afecta a todos los países, incluido el Ecuador. Sobre el suicidio que se tiene en los estudiantes de medicina. A mí me pareció muy interesante saber que no solamente debería considerarse el número de estudiantes que tienen intentos de suicidio o se han suicidado o su perfil, sino también el intento de suicidio

que tienen los docentes de la universidad. Nos habló también de los factores que están asociados a ese suicidio, entre estos factores está el burnout, la ansiedad generalizada y la depresión. Nos indicó que en vista de ese problema se había constituido un grupo de apoyo a los estudiantes y que ese grupo de apoyo ha sido formado para prevenir y evitar estos intentos y muertes.

También nos habló de qué es y cómo podríamos nosotros disminuir ese porcentaje considero que también nos serviría a nosotros como carrera. El hecho de que tengan una facultad que favorezca el diálogo, la posibilidad de que los estudiantes expresen sus problemas, nos ayudaría a disminuir estas ideas de suicidio que lleven al suicidio, que los estudiantes disfruten el tiempo mientras son estudiantes. También nos habló que cuando tenemos estudiantes optimistas, estos tienen menos riesgo de suicidio. Necesitamos tener un entorno académico acogedor. Traté de transcribir lo que nos dijo sobre lo mencionado por Durkheim, y dice así: “que el hombre está vinculado a la vida y que cuando se libera ese vínculo. Cuando se quita ese lazo. Cuando la sociedad deja que el individuo, ante el mayor impacto ceda, se produce el suicidio”. Y algo que me pareció también muy interesante es que la sociedad se encarga de que se haga una víctima, que se preste a la persona cuando pierde este lazo, se le hace una víctima, y esta víctima está hecha a la medida para el suicidio. Y como comentó la compañera, todos tenemos que ver algo. Cuando un adolescente o una persona se suicida.

Pablo nos habló de un caso que me parece interesante. Para mí era la primera vez que escuchaba sobre el síndrome de Alcapa y básicamente es una malformación congénita en el drenaje de la arteria coronaria izquierda nos presentó un caso de un

paciente que presenta todo el cuadro clínico de un infarto agudo de miocardio. Sin embargo, cuando hacen los estudios se dan cuenta de que no pueden hacer una revascularización. La enseñanza que nos deja es que necesitamos siempre hacer una historia clínica completa para llegar a un diagnóstico adecuado. Y también nos dijo que era un caso muy raro, como el caso que tenía nuestro compañero que haya llegado a esta longevidad.

Pepe Sola. Nos habla del estudio del aprendizaje provocado por relatos, una presentación muy interesante, donde nos indicó básicamente que este aprendizaje basado en relatos trata de generar un espacio simple, pero que también es complejo. Y que se desarrolló ante la ausencia de la contestación, que deja la ciencia. Y el aburrimiento que provoca cuando existen vacíos, cuando la ciencia no da contestación. Se trata de educar y evaluar en la sensibilidad. Y la evaluación nos parecía interesante porque lo hace desde el amigo, de lo sabroso. Tratando de incorporar y de sumar para humanizar las humanidades médicas y para integrarlas al conocimiento desde lo estético. ¡Qué lindo!

Jacqueline nos habló de su experiencia realizada en un colegio que tiene el paradigma del tránsito a Amaguaña. Lo interesante de este trabajo, además de tratar de lograr este aprendizaje práctico de lo que es la interculturalidad, es que lo hace en una escuela que tiene una visión diferente a las otras escuelas, porque es una escuela abierta donde el niño entra y sale tranquilamente acompaña a sus padres en el trabajo y regresan a su escuela. No existe un uniforme y la Pamba mesa que no se si ustedes han escuchado que están en las escuelas. Pero aquí en este proyecto les ayuda a los estudiantes a entender la interculturalidad de manera práctica. Realmente

es un trabajo muy interesante lo que nos han presentado nuestros queridos compañeros. Alejandro, en cambio, nos habló sobre la dificultad que tienen los estudiantes y fue impresionante porque tiene seis mil estudiantes que quieren ingresar a un posgrado y la capacidad de la universidad es de doscientas y algo más. En un proceso desde lo que yo entendí, donde existe una barrera burocrática en la universidad para que el estudiante se sienta más allá de querer entrar a la universidad, se sienta acogido. Yo creo que eso deberíamos tomar en cuenta. Deberíamos manejar de manera diferente, de tal manera que el estudiante así no logre entrar a un posgrado, sienta la amabilidad y el cariño a un postgrado que esté hecho a su medida. Y también nos recomendó hacer un seguimiento de los de los estudiantes ingresados y de los que no ingresaron también. María Fernanda nos habla, en cambio, de la posibilidad de un diálogo de saberes, nos hizo un relato de la evolución de los paradigmas a lo largo de la historia y como influyó en la formación biomédica de los profesionales de la salud, en este caso de los médicos. Y cómo ha influido en nuestro conocimiento para delimitar, optimizar otros tipos de saberes como el de las parteras, por ejemplo, o el de los chamanes. Entonces, en este proceso histórico los médicos perdimos esa sensibilidad para otro tipo de saberes, como es el intercultural, el parto culturalmente ancestral. Y a pesar de que nosotros tenemos un código de la salud que podría, que debería guiarnos, parecería ser que no se cumple. Y la pregunta que nos decía. Esta intercultural, esta solamente dada para los pueblos indígenas o también tendría que presentarse, darse para cualquiera de las mujeres que quieran dar a luz en otro tipo u otra forma, que no sea el institucionalizado. Lenin nos habló de cómo influye el trámite burocrático, también según mi percepción, en

la calidad del registro, de los papeleos, del registro de las historias clínicas, por el número de papeles que tienen que llenar los médicos, llenar tantos formularios por el número de pacientes, el tiempo asignado les impide tener una adecuada relación con el paciente y también un sistema de control que solamente se fija en el costo que tiene esta atención, más no en la relación médico paciente. Finalmente, Margaret y Barbara Margaret nos habló sobre su estudio realizado. Me está faltando, disculpen. Me está faltando. María José María de la mesa previa. María José nos habló sobre la percepción de la enseñanza aprendizaje intercultural en los docentes de la carrera. Y básicamente, al parecer, nosotros tenemos una definición clara de lo que significa la cultura. La interculturalidad. Pero parecería ser que desconocemos cómo es el currículo de la carrera. Algunos docentes consideran que sería estupendo tener una capacitación sobre lo que significa la interculturalidad y otros docentes lo tienen absolutamente claro pues nace de su experiencia en la práctica, en el IDIS y en el ABP. Si les ayudamos a los estudiantes a entender lo que significa la interculturalidad, entonces uno de los resultados de aprendizaje que tenemos como carrera se cumpliría, según María José. Y finalmente, como les estaba mencionando sobre Margaret, sobre la caracterización, sobre el residuo generado en el domicilio. Es interesante porque en el Brasil tienes una normativa con respecto a cómo deberían eliminarse los residuos. Sin embargo, de lo que nos comenta en las visitas domiciliarias que se realizan, no se cumple este proceso. Mi criterio personal es que yo no conozco que nosotros tengamos un sistema que nos permita hacer la eliminación de los desechos producidos por los profesionales de la salud. En Brasil el proceso de eliminación de los residuos se hace a nivel de los domicilios de los pacientes. Se lleva a un centro

de salud, a un espacio donde se realiza la eliminación de los residuos de manera técnica. Y el otro es el de Bárbara de igual manera que nos habló sobre los residuos odontológicos. A mí lo que me llamó la atención es la cantidad de residuos que se produce en el Brasil. Son setenta y nueve millones de brasileños que producen 189 toneladas de residuos. Y me parece interesante esta cantidad el 35 por ciento son reciclables. Y lo que también me pareció muy interesante es que más o menos cada odontólogo, cada profesional, produce 30 kilogramos de residuos al mes. Esa clasificación de los residuos está estadísticamente significativo, está asociado con la edad y con las horas de trabajo. Parecería ser que cuando uno tiene más tiempo y más horas de trabajo, no hace el proceso de eliminar de manera adecuada el residuo, sabiendo que estos residuos provocan una contaminación del suelo, del agua y de los recursos naturales. Compañeros que me acompañan tienen alguna. Algo más que decir respecto a este resumen, si me ha faltado algo, sino será el fin.

Muchísimas gracias. Su presencia y su colaboración, les invitamos en la tarde para nuestro siguiente eje. Hasta la tarde.

**Narrativas y
Experiencias
de la Salud
Enfermedad**

**Eje
2**

Introducción del Eje

Los procesos de salud, bienestar, enfermedad, padecimiento, atención y cuidado han sido objeto de estudio, reflexión e intervención de varias áreas del conocimiento. Los procesos se los puede abordar desde diferentes perspectivas. La narrativa según la visión de Jerome Bruner surge de la necesidad de dar sentido a la vida y si bien es un evidente placer, es una cosa sería.

Para gestar nuevos estilos vinculares, en la enseñanza y el aprendizaje se debe producir un encuentro, en donde las diversas voces públicas se hagan escuchar y se hagan contar, en donde los discursos contradictorios se superponen y tipos discrepantes de creación de significados convergen, para identificar preocupaciones comunes, enfoques complementarios y por supuesto contradicciones intratables que constituyen lo social. Desde el pensamiento complejo no se concibe el saber cómo una actividad puramente intelectual, sino como el modo de relación del ser vivo con el mundo. La mejor forma de entender la realidad es a través de narrativas y metáforas, estas no oprimen la realidad, a diferencia de los conceptos que son la manifestación de parálisis del entendimiento que es incapaz de captar el devenir.

Este eje convoca a quienes desde distintos abordajes teórico-metodológicos utilizan la narrativa a través de:

autobiografías, biografías, testimonios, relatos, cuentos y poesías para construir los límites de las fronteras, esa construcción es como el intersticio que es poroso e indefinido que se relacionan con la salud desde la perspectiva de sus actores.

Nuestro interés se centra en provocar maneras de converger desde las narrativas para comprender la realidad desde escenarios diversos donde los significados aporten sentido no solo desde una mirada pluralista sino múltiple, que incluya y fortalezca las voces de las personas otorgando relevancia a la dimensión discursiva y del lenguaje enredados con las voces de cuidadores de la salud, dinámicas institucionales, maneras propias de cuidado, relación médico-paciente, e incluso las políticas sanitarias para lograr nuevas significaciones y aperturar otras categorías de análisis.

Serán especialmente bienvenidas aquellas contribuciones que contemplen la diversidad del uso de las narrativas en contextos formales e informales.

Los trabajos se podrán presentar en diferentes tipologías entre las que se incluye papers, videos, podcast y fotografía.

Las temáticas propuestas se relacionan con las siguientes categorías:

- Proceso salud/enfermedad/atención.
- Experiencias en salud / armonía / buen vivir / etnicidad.
- Medicina narrativa / vivencia de la enfermedad.
- Procesos de cuidado / sujetos de cuidado.

- Relación médico – paciente.
- Parto respetado.
- Participación social y comunitaria.
- Inequidades sociales.
- Atención Primaria de Salud / Sindemia.
- Políticas públicas sanitarias / Ontología política de salud.

PONENCIAS

MESA 1: NARRATIVA Y CALIDAD DE VIDA

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

“Políticas Públicas en Salud y Conflicto. Análisis de la Propuesta de Construcción de un Modelo de Salud Propio E Intercultural en el Municipio de Toribio –Departamento del Cauca –Colombia”

AUTOR

César Gilberto Zúñiga Muñoz

EMAIL DEL AUTOR

cesarzunigam@unicauca.edu.co

FILIACIÓN

Universidad del Cauca

OBJETIVO

Presentar el resultado del análisis de la construcción de la propuesta de un modelo de salud propio e intercultural, desarrollado por las comunidades indígenas del Municipio de Toribio, en el departamento del Cauca.

CUERPO DEL TEXTO

En el propósito de iniciar el análisis de la propuesta de un modelo de salud propio e intercultural, se propuso el siguiente interrogante: ¿Es posible dentro de las normas y políticas del sistema de salud colombiano, que la atención en salud de comunidades indígenas se aplique en términos de la construcción de un modelo de salud propio y especialmente en zonas de conflicto armado como el Departamento del Cauca? Lo anterior teniendo en cuenta que la implementación del modelo se realizaría en un territorio donde confluyen múltiples condiciones que afectarían de manera externa el acceso a los servicios de salud y la frecuente presencia de actores armados ilegales, que en el conflicto armado provocaron ataques a la población civil y a la misión médica, confluendo con otro condicionante clave como lo fue el ajuste normativo en el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993. Por lo anterior se consideró pertinente revisar las definiciones relacionadas con desigualdad, diferencia y equidad; dentro de la organización indígena regional (Asociación Indígena del Cauca – AIC), criterios no solo del individuo sino de su colectivo, su entorno y sus condiciones de interactuar de manera local; así como la intervención por decisiones externas en lo relacionado con las “decisiones políticas”, que motivaron en el caso de la autoridad administrativa indígena en constituirse en una de las entidades aseguradoras de los recursos de salud y la

creación de prestadores de salud indígena pero que ofertan servicios desde el enfoque biomédico del sistema, sumado a las condiciones epidemiológicas y de los modos de vida, que como lo plantea Breilh tienen una profunda relación con las condiciones saludables de las comunidades, desde la definiciones propuestas de modos de vida: Permite entender el dominio espacial de lo particular en donde se realiza la vida a nivel colectivo y estilos de vida: Es el dominio espacial del quehacer individual (Breilh, 2003).

A partir del diálogo con los referentes y la revisión de referentes bibliográficos, que se relacionan en cuanto al uso de metodologías para realizar investigación de la política pública con la aplicación de metodologías como la de “la acción participante” que permita conocer la realidad de a quienes van dirigidas las políticas; a partir del “estar ahí”, y la aplicación de la “etnografía multilocal”¹; la concepción desde la antropología de la formulación de una política pública que deber ser vista como una forma de acción social y simbólica, y que fue la motivación por la cual se proponen “modelos otros” para la atención de los servicios de salud en las comunidades indígenas o rurales; en sus territorios donde la concepción de salud y enfermedad se representan de manera integral con los saberes propios (Portela 2014).²

CONCLUSIÓN

Propuesta de modelo de salud construida de abajo hacia arriba garantiza la validez de las comunidades y la aceptación de las autoridades propias. Las realidades son diversas y que en muchos casos no son evidenciadas por los responsables en la toma de decisiones, proponiendo la creación del Observatorio de Salud en el Departamento del Cauca,

aplicable a otros territorios en nuestra región. Puesta en marcha de los caminos de atención como referencia propia de las comunidades indígenas, para reconocer las llamadas rutas de atención en el modelo biomédico hegemónico. Modelos otros: Como espacio de reivindicación de las diferencias culturales, ambientales, sociales y de servicios con espacios de atención de la biomedicina en redes y de la medicina tradicional respetando los usos y costumbres. Existe un riesgo de la financiación y reconocimiento de las actividades de la medicina tradicional en cuanto al monto de pago que sea reconocido por la entidad aseguradora al prestador de servicios. Seguimiento y evaluación con el acompañamiento de la academia para la investigación y formación del talento humano necesario en el modelo.

PALABRAS CLAVE

Políticas públicas, Modelo de salud, Intercultural, etnografía, participación social, biomedicina, niveles de atención, atención hospitalaria, usos y costumbres.

REFERENCIAS (APA)

Barba-Solano, C. (2012). La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas de tempranas, intermedias y de tercera generación en México y Chile. CEPAL. Naciones Unidas

Congreso de Colombia. (16 febrero de 2015). Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: <https://bit.ly/2RnEzLJ> Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011). Ley 1438. Por medio de la cual

se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: <https://bit.ly/2PiF5aZ> Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: <https://bit.ly/2LsepUi>

Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). (2010). Documento Propuesta del sistema indígena de salud propio e intercultural SISPI.

Consejo Regional Indígena del Cauca, Programa de Salud Dávalos, P. (julio, 2013). El proyecto político de la sociedad del monte peregrino: distopía y violencia neoliberal. La reinención del liberalismo: hacia el neoliberalismo. Rev. La Línea de Fuego. Recuperado de: <https://bit.ly/2OTQaRa>

Escue, A., Musse, A. y Velazco, J.A. (2008). Propuesta del Sistema de Salud Propio en el marco de los planes de vida de los pueblos indígenas del Cauca. Documento, CRIC. Popayán Guachene, (s.f.). Tulpa. Recuperado de: <https://bit.ly/367JDb0>

Guarín-Portela, H. E. (2014). Contribución potencial a la organización intercultural de la salud en Colombia. Rev. Univ. Salud, vol.16, n.2, 246-263. ISSN 0124-7107.

Guha. S., y Van Panhuis, W. (2002). Armed Conflict and Public Health: A report n Knowledge and Knowledge gaps.

OMS, Centre of Research on the epidemiology of disasters, Université Catholique de Louvain (Brussels)

Langdon, E.J. y Cardoso, M.D. (2015). Saúde indígena: políticas comparadas en América Latina. Universidad Federal de Santa Catarina: Editora UFSC

Marmot, et al. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final (Tabacinic, K.R. trad).

Organización Mundial de la Salud: Ediciones Journal S.A. Martínez, B. (2013). Sistema biomédico y medicina tradicional en el Cajón, Catamarca. Noroeste argentino. Pobreza, desigualdad y salud en América Latina.

Universidad Autónoma Metropolitana. CLACSO Miranda-Heredia, N. (2015). Obstáculos a la construcción del sistema único de salud en los procesos políticos progresistas. La experiencia Boliviana.

Universidad Autónoma Metropolitana. CLACSO Polo-Almeida, P.E. (2016). Modos de Vida, una categoría esencial en geografía y salud. Estudios sobre la pobreza y las desigualdades. Universidad Autónoma Metropolitana. CLACSO

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Curso de Vida como condicionante de la calidad de atención de pacientes con Diabetes tipo 2; Santiago de Chile 2018-2019.

AUTORES

Karen Andrea Pesse-Sorensen

Oscar Arteaga Herrera

EMAIL DEL AUTOR

kpesse@puce.edu.ec y oarteaga@uchile.cl

FILIACIÓN

Facultad de Medicina- Pontificia Universidad Católica del Ecuador y Escuela de Salud Pública- Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

En Chile, 12,3% de los mayores de 15 años tiene diabetes mellitus tipo 2 (DM2); la prevalencia es tres veces mayor en población de bajo nivel socioeconómico. La respuesta del sistema de salud busca disminuir la mortalidad prematura y sus complicaciones.

En el municipio de Recoleta en Santiago de Chile, 80% de los pacientes con DM2 tiene sobrepeso, 65% es sedentario y 43% tiene hemoglobina glicosilada indicativa de diabetes controlada.

El curso de vida es un determinante del estado de salud de personas y poblaciones que refleja no sólo las condiciones de vida actuales, sino el embodiment de circunstancias previas (Krieger 2002). Este aspecto no ha sido estudiado para los procesos de atención.

OBJETIVO

Analizar la influencia del curso de vida en la calidad de atención de pacientes con DM2 en la atención primaria municipal de Recoleta.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo fenomenológico en cuatro centros de salud de atención primaria municipal de Recoleta, Santiago de Chile. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 16 pacientes y 18 prestadores de salud.

RESULTADOS

Los pacientes describen condiciones muy precarias en sus primeras etapas de vida, entrada precoz al mundo laboral, limitadas oportunidades de estudiar, malas condiciones de trabajo y, en las mujeres, asumir rol de cuidadoras. Este curso de vida dificulta el autocuidado:

Cuando estábamos allá en el sur no comíamos porque no teníamos. Pero ya cuando empezamos a trabajar los dos, [...]

había más plata para comprar cosas, entonces ya venía un asadito...”

Las historias de privación se asocian con aceptación, incluso valoración, del paternalismo por parte del personal de salud:

Porque te reta, te trata como hijo po’. Porque tú le tenís que hacer caso, sino te reta. Y toma mucho en serio tu enfermedad...”

Los prestadores no integran el curso de vida en la atención; muchos asumen un rol netamente informativo, apelando al empoderamiento del paciente:

La información que uno le entrega es como intentando hacer un cambio en el estilo de vida, pero en realidad utilizando muy pocas herramientas para esos cambios.

Ahí necesitaría más empoderamiento de la gente. Que ellos dimensionaran que el problema de salud depende netamente de ellos...

CONCLUSIONES

El curso de vida es un importante condicionante de la relación entre pacientes y prestadores y el servicio de salud, así como del autocuidado. Pocos prestadores reconocen la importancia de este determinante. La relación prestadores - pacientes corresponde a dos modelos (Emanuel and Emanuel 1992): i) paternalismo, cuya aceptación por el paciente está condicionada por sus experiencias de vida; ii) trato del paciente como consumidor al que se le brinda información

y se le deja la responsabilidad de tomar decisiones. Este enfoque, basado en el respeto de la autonomía, desconoce que el curso, así como las condiciones actuales de vida, limitan la capacidad para el autocuidado (Tausig 2014). El discurso sobre empoderamiento se restringe a la habilitación, pues no crea condiciones para el ejercicio de derechos (Pekonen et al. 2020). Prevalece el enfoque biomédico, desconociendo la historicidad y determinación social del proceso de salud-enfermedad -atención.

PALABRAS CLAVE

Calidad de atención, Curso de vida, Diabetes mellitus, Narrativa.

REFERENCIAS

Emanuel, E. J. and L. Emanuel. 1992. “Four Models of the Physician-Patient Relationship.” *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 267 (16): 2221–26.

Krieger, Nancy. 2002. “Glosario de Epidemiología Social.” *Revista Panamericana de Salud Pública* 11((5/6)):480–90.

Pekonen, Arja, Sini Eloranta, Minna Stolt, Petri Virolainen, and Helena Leino-Kilpi. 2020.

“Measuring Patient Empowerment – A Systematic Review.” *Patient Education and Counseling* 103(4):777–87.

Tausig, Mark. 2014. "The Sociology of Chronic Illness and Self-Care Management." Pp. 247–72 in *Social Determinants, Health Disparities and Linkages to Health and Health Care*. Université Laval: Emerald Insight

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Análisis Situacional y Recomendaciones para la Construcción de un Proceso de Transferencia y Transporte Neonatal Ecuatoriano

AUTORES

Vargas Muñoz Karina Alexandra, Ojeda Aguilar Mayra Aexandra

EMAIL DEL AUTOR

vargaskarialexa@gmail.com, mayojeda28@gmail.com

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

OBJETIVO

Conocer la realidad del transporte y transferencia neonatal en el Ecuador, utilizando cómo caso de estudio las transferencias realizadas dentro de la Red Pública Integral de Salud [RPIS] ecuatoriana.

CUERPO DEL TEXTO.

La presente investigación se realizó con el objetivo de conocer la realidad del transporte neonatal en el Ecuador, considerando que la mortalidad neonatal contribuye con una importante proporción de la mortalidad entre los menores de cinco años. Actualmente, no se conoce con exactitud la proporción de mortalidad neonatal que se debe a un transporte neonatal inadecuado, es por esta razón que este trabajo final de titulación, utilizando los datos de transporte neonatal recolectados de la base de datos de Red Pública Integral de Salud, analizó a las redes de establecimientos de salud (ES) emisoras y receptoras que mayoritariamente gestionan las transferencias neonatales; además, se analizó las barreras y facilitadores percibidos para un adecuado transporte neonatal en trabajadores de la salud de tres ES de Pichincha, Napo y Orellana.

METODOLOGÍA

En la presente investigación se utilizaron dos enfoques metodológicos: uno cuantitativo, a través de la recolección de datos de las transferencias neonatales a nivel nacional y análisis de redes, con la elaboración de gráficos de redes para representar matemáticamente la estructura, dirección e intensidad de las relaciones entre distintas entidades; y otro enfoque cualitativo, mediante el análisis de grupos focales y entrevistas a profundidad al personal de salud en las provincias Pichincha, Napo y Orellana por ser las de mayor transferencia neonatal.

RESULTADOS

Solo fue posible acceder a las transferencias del año 2015. Se identificó un total de 2 615 transferencias en el año 2

015, de la cual la zona territorial número 2, correspondiente a Pichincha, Napo y Orellana como el área de mayores transferencias a nivel nacional con un número de 1 133 transferencias. De estas, las unidades correspondientes a la Provincia de Tena destacan con un mayor número de transferencias. El primer nivel de atención (centro de salud tipo a, b, y c) son los que realizan más números de referencias a centros de mayor complejidad, en un 47.3 %, seguido de segundo nivel de atención (hospital básico y general), con el 46.7%. Las zonas 8 (Distrito Metropolitano Guayaquil) y 9 (Distrito Metropolitano de Quito) son las que más reciben pacientes en el tercer nivel de atención (Hospitales de especialidades + Hospitales especializados). Según la percepción de los profesionales de la salud, el traslado de neonatos en Ecuador tiene falencias en aspectos como falta de protocolos, en ocasiones no disponen ambulancias adecuadas, de insumos básicos como incubadoras, control de temperatura y oxígeno, adicional no acude el médico o personal responsable, falta mayor capacitación del personal, coordinación y comunicación entre las instituciones.

CONCLUSIÓN

El proceso de transferencia neonatal tiene tres o cuatro redes principales de emisiónrecepción de neonatos graves y se circunscribe a territorios muy alejados de las principales ciudades y centros de atención crítica neonatal. El transporte neonatal ecuatoriano presenta falencias fundamentales, requiere una revisión profunda y la intervención inmediata para establecer el “Protocolo de transporte del neonato en estado crítico” adecuado a las falencias que presenta para evitar que el proceso detraslado contribuya al aumento de la morbimortalidad neonatal.

PALABRAS CLAVE

Análisis de redes, morbimortalidad neonatal, nivel de atención, percepciones, referencia, transferencia neonatal, transporte neonatal.

REFERENCIAS (APA)

Aguinaga, F. (2019). Condiciones hemodinámicas y complicaciones asociadas al transporte neonatal de pacientes transferidos a la neonatología del Hospital de los Valles, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017, y propuesta de protocolo de transporte neonatal.

Alberto Schwarcz. (2003). regionalizacion de la atencion perinatal (Issue 1, pp. 6–8).
<https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004>

Austin, A., Langer, A., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2014).

Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: An overview of the evidence. *Reproductive Health*, 11(Suppl 2), S1.
<https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S2-S1>

Azuero, K. B. B., Domínguez, P., & Calvo, C. (2010). Estabilización y transporte interhospitalario del neonato y niño crítico. *Revista Espanola de Pediatría*, 66(1), 18–29.

Brandstrup, K. B., García, M., Abecasis, F., Daussac, E., & Millán, N. (2016). Transporte interhospitalario especializado neonatal y pediátrico . Gestión de recursos. Protocolo de activación de una unidad especializada. *Revista Española Pediatría*, 72(Supl. 1), 3–8. <http://n.secip.com/wp-content/uploads/2018/05/Transporteinterhospitalario-especializado-neonatal-y-pediatico-Dr-Brandstrup.pdf>

Canadian Paediatric Society. (2012). ACoRN: Acute Care of at-Risk Newborns (1st edn).

Caro Cassali, M., Alfaro Briansó, B., & Salas, D. (1998). Transporte neonatal en Costa Rica. *Acta Pediátr. Costarric*, 12(1), 15–20.

Chang Campos, C. J. (2018). Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(4), 452. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>

Darmstadt, G. L., Bhutta, Z. A., Cousens, S., Adam, T., Walker, N., & De Bernis, L. (2005). Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborn babies can we save? *Lancet*, 365(9463), 977–988. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71088-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71088-6)

Dirección nacional de atención prehospitalario y unidades móviles de salud. (2015). MICROPLANIFICACIÓN TRANSPORTE SECUDARIO 26 de enero de

2015. 11. [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/Ayuda memoria - Transporte secundario \(OE\) \(1\)\(1\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/Ayuda%20memoria%20-%20Transporte%20secundario%20(OE)%20(1)(1).pdf)

Domínguez-Sampedro, P. (2014). Hacia el pleno desarrollo del transporte pediátrico en España. *Anales de Pediatría*, 81(4), 203–204.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.08.001>

Easley, D., & Kleinberg, J. (2010). *Networks, Crowds, and Markets: Reasoning about a Highly Connected World*.

Espinosa, C., Yáñez, E., Carrillo, R., & Jara, E. (2015). Sepsis Neonatal Guía De Practica Clínica. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Esqué Ruiz, M. T., Figueras Aloy, J., García Alix, A., Alomar Ribes, A., Blanco Bravo, J. R., & Fernández Lorenzo, J. R. (2001). Recomendaciones para el transporte perinatal. *Anales de Pediatría*, 55(2), 146–153.
[https://doi.org/10.1016/s1695-4033\(01\)77651-5](https://doi.org/10.1016/s1695-4033(01)77651-5)

Haynes, S. C., Dharmar, M., Hill, B. C., Hoffman, K. R., Donohue, L. T., Kuhn-Riordon, K.

M., Rottkamp, C. A., Vali, P., Tancredi, D. J., Romano, P. S., Steinhorn, R., & Marcin, J. P. (2020). The Impact of Telemedicine on Transfer Rates of Newborns at Rural Community Hospitals. *Academic Pediatrics*.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.013>

- Iglesias, E. Á., & López, L. C. (2006). Protocolos de Neonatología Transporte (traslado) neonatal. *Bol Pediatr*, 46(Supl.1), 166–171.
- INEC. (2019). Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (n.d.). Evolución histórica del Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2019. 1–21.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2019). Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2018.
- Kurlat, D. I., Hall, J., & Exeter, O. De. (2011). Regionalización y mortalidad materno-infantil. 18–22.
- Lovera Montilla, L. A. (2014). Calidad del transporte neonatal en el Valle del Cauca: un reto para la salud. *Avances En Enfermería*, 32(1), 80–91. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46066>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2), 177–187.
- Ministerio de Salud de Argentina. (2012). Recomendaciones para la práctica del traslado neonatal. Área de Neonatología de La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.
- Ministerio de Salud de La Nación, 110. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Norma del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, del Sistema Nacional de Salud. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/5. NORMA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACION CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENC.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Guía de práctica clínica (GPC). Recién nacido prematuro. (Dirección Nacional de Normatización (ed.)).
- Moreno Hernando, J., Thió Lluch, M., Salguero García, E., Rite Gracia, S., Fernández
- Lorenzo, J. R., Echaniz Urcelay, I., Botet Mussons, F., Herranz Carrillo, G., & Sánchez
- Luna, M. (2013). Recomendaciones sobre transporte neonatal. *Anales de Pediatría*, 79(2). <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.12.005>
- Ohning, B. L., & Rosenkrantz, T. (2015). Transport of the critically ill child. *Medscape*; Medscape. <https://doi.org/10.1002/jhm.760>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: informe final. 68.a Sesión Del Comité Regional de La OMS Para Las Américas, 3.

Restrepo Ochoa, D. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicología*, 6(1), 122–133. <https://doi.org/10.21615/2579>

Ribadeneira-Orti, A. L., & Cañaverall-Caizaluisa, K. (2017). Morbilidad y mortalidad del programa de transporte neonatal S.T.A.B.L.E. en el hospital Pablo Arturo Suárez hospital gineco-obstétrico Luz Elena Arismendi Nueva Aurora y hospital Luis G.

Dávila Tulcan de marzo a mayo del 2017. Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).

Salud, organizacion panamericana de la. (2006). Transporte neonatal en el entorno de los paises en desarrollo: revision sistematica. 93.

Tanya, E., & Mancilla, P. (2019). USO DE LAS ESCALAS TRIPS Y SNAPPE II PARA TRASLADO NEONATAL EN HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN EN EL 2016.

Thió, M., & Esqué, M. (2008). Transporte neonatal. De Guardia En Neonatología., Ergon Ed., 4–6.

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Interculturalidad, multiculturalismo y diálogo de saberes durante la consolidación de la medicina tradicional dentro del territorio colombiano, específicamente en el Departamento del Cauca

AUTORES

(Jesús Arnobio Cabrera Fernández)

EMAIL DEL AUTOR

jesusc@unicauca.edu.co

FILIACIÓN

Universidad del Cauca

OBJETIVO

Desarrollar los discursos del multiculturalismo y el interculturalismo en torno a los tópicos de la medicina tradicional. A partir de ahí, entender su puesta en marcha dentro del escenario colombiano, principalmente al interior del Departamento del Cauca. Comprender los paradigmas producidos por el juego hegemónico dentro de las relaciones existentes entre los actores que componen su complejo tejido social, así como la importancia del diálogo de saberes intercultural como

una estrategia teórico-práctica, en búsqueda de facilitar el establecimiento de la interculturalidad durante el choque entre cosmos presente en los contextos multiculturales.

CUERPO DEL TEXTO

Introducción

La interculturalidad se encuentra concebida en el marco de la globalización y la política de los Derechos Humanos. Con base en lo anterior, se garantiza la dinámica de las relaciones sociales establecidas en el contexto de la diversidad cultural, donde el multiculturalismo cobija a los actores sociales de los Estados nacionales bajo una aureola de democracia, reconocimiento de sus derechos y de sus saberes, en función de la diversidad, la formación de nuevas comunidades e indicadores de conocimiento. Implicando “abandonar el supuesto de los Estados-nación homogéneos y monoculturales, y vincular esos derechos con la igualdad social y la no discriminación.

No obstante, no debemos olvidar que bajo algunos contextos políticos la interculturalidad y el multiculturalismo se dibujan en función de herramientas discursivas de disminución dirigidas desde las élites hegemónicas hacia la otredad. Desvalorizando de esa manera, los denominadores interculturales dinámicos, cerrándolos sobre sí mismo sin la posibilidad de comparación ni diálogo con otras realidades culturales. Representando por tanto un fenómeno que ocasiona durante muchas oportunidades un obstáculo durante la recuperación, la consolidación y el establecimiento de los saberes tradicionales.

Por lo anterior, es preciso hacer uso de un corpus teórico-práctico que busque generar un quiebre dentro de las relaciones hegemónicas permeadas tanto en los discursos del multiculturalismo como del interculturalismo. Es así, que surge el diálogo de saberes intercultural como una estrategia que pretende resarcir el daño ocasionado durante la praxis del multiculturalismo y el interculturalismo. En ese sentido, el diálogo de saberes intercultural “presupone el interés de los sujetos sociales en una interacción comunicativa, e implica por tanto, una disposición para escuchar y para actualizarse” (Pérez, M. & Argueta, A. 2011, p. 14). No se trata entonces de conseguir por medio de la fuerza cualquier tipo de aceptación o valoración de un conocimiento ajeno, sino de un intercambio de conocimientos, apreciaciones y valores, “en donde operan fuerzas racionales para la interacción comunicativa, enmarcadas dentro de condiciones epistémicas específicas, dentro de diálogos de saberes interculturales particulares” (Pérez, M. & Villamar, A. 2011, p. 14). Representando de esa manera el cenit de la interacción social entre sujetos pertenecientes a grupos culturales diferentes, quienes habitan un espacio de convergencia multicultural.

Con base en lo anterior, desarrollaré los discursos del multiculturalismo y el interculturalismo en torno a los tópicos de la medicina tradicional. De esa manera pretendo entender su puesta en marcha dentro del escenario colombiano, principalmente al interior del Departamento del Cauca. Esto me permitirá comprender los paradigmas producidos por el juego hegemónico dentro de las relaciones existentes entre los actores que componen su complejo tejido social, así como la importancia del diálogo de saberes intercultural como una estrategia teórico-práctica, en búsqueda de facilitar el

establecimiento de la interculturalidad durante el choque entre cosmos presente en los contextos multiculturales. Para lograrlo haré uso de las bases metodológicas propias del diálogo de saberes intercultural, evidenciables en su configuración seminal teórica, verificables a partir de su praxis, acción que me permitirá extrapolar sus alcances hacia una adecuada interculturalidad aplicable dentro de los diversos contextos del conocimiento (en este caso particular los saberes de la medicina tradicional), que se desarrollan durante el diario vivir de los individuos residentes en espacios de convergencia multicultural, como lo puede ser el territorio colombiano y dentro de él el Departamento del Cauca.

Genealogía de la multiculturalidad

La multiculturalidad hace referencia al reconocimiento de la coexistencia de grupos culturales diferentes que habitan un mismo Estado nacional, fenómeno que en antropología es conocido como pluralismo cultural (Barabas, A. 2014, p. 4). Y que describe la pluralidad de culturas que conviven de hecho en el seno de Estados nacionales. Según Parekh, B. (2006) el movimiento multicultural encuentra su génesis a inicios de la década de 1970, a partir de una nueva política del gobierno anglófono canadiense que a finales de 1960, se interesó por tener en consideración a los tres grupos étnicos reconocidos que hasta ese entonces conformaban su Federación, bajo una esfera de reconocimiento público y político de sus derechos culturales a lo largo de su territorio. Es así, que tanto anglófonos, francófonos y aborígenes bajo la premisa de habitar un estado democrático con el fundamento de las políticas de los derechos humanos, fueron favorecidos por las prerrogativas del movimiento multicultural, lo

que les garantizó una ciudadanía en igualdad de derechos independiente de su tradición cultural, lengua, historia y origen, al mismo tiempo que les despejó el camino para la reproducción de su tejido social.

En ese sentido la multiculturalidad, se desarrolla alrededor de un término multivocal, que “se entiende como un modo de tratar la diversidad cultural, un desafío moral, un tipo de política pública o cierta especie de característica del posmodernismo, donde se fundamenta el reconocimiento público de los derechos culturales dentro de un estado-nación” (Barabas, A. 2014, p. 4). Es así, como el multiculturalismo ha sido considerado como la ideología social-política de la globalización y de la manifestación de la migración internacional (es gracias a la migración sea cual sea su motivo, que se encuentran sitios de convergencia multicultural en el mismo estado nacional o territorio geográfico), al mismo tiempo que es una corriente de las ciencias humanas y sociales “asociada indisolublemente con el fenómeno migratorio transnacional de grupos etnoculturales o nacionales, que pasan a ser minorías étnicas en los ámbitos de migración” (Vertovec, S. 2003 p. 4).

Es a partir del multiculturalismo que se reconocen los derechos, la diversidad cultural y la formación de nuevas comunidades a los individuos que pasan a conformar espacios de convergencia multicultural. Lo que implica “abandonar el supuesto de los estados-nación homogéneos y monoculturales, y vincular esos derechos con la igualdad social y la no discriminación” (Barabas, A. 2014, p. 4). “Preservando la identidad de los grupos culturalmente diferentes, otorgándoles gran libertad en la administración de sus asuntos y tomando la forma del sistema de autonomía

local, conciliada con la integración nacional” (Rouland, N. et al. 1999 p. 5). Al mismo tiempo que une a diferentes grupos etnoculturales en una relación de interdependencia, igualdad y respeto mutuo, a la vez que cada uno desarrolla su propio modo de vida y cultura. No obstante, “debido a las experiencias concretas del multiculturalismo en relación con la globalización, basadas en el mosaico cultural, muchos autores consideran que este discurso y práctica política ha configurado la segregación de culturas, marginación y constitución de ghettos” (Barabas, A. 2014, p. 4).

Genealogía de la interculturalidad

La interculturalidad es un término avivado gracias al amplio espectro multicultural, plural y diverso propio de muchos países latinoamericanos. Desde ese sentido, parece claro que el término “interculturalidad” aunque ambiguo en esencia, se refiere a la situación de contacto entre culturas e ideologías diferentes concebidas en una relación igualitaria entre ellas, que se constituyen en el marco de la globalización y las políticas de los derechos humanos. Me refiero específicamente a la dinámica de las relaciones que se establecen en el contexto de la diversidad cultural, dinámica que plantea paradigmas enmarcadas dentro del eurocentrismo occidental y su positivismo científico, donde cada disciplina (pedagogía, literatura, salud, política, sociología, filosofía, entre otras) la define y clasifica desde su perspectiva, dándoles atributos muy diferentes. En ese sentido, lo intercultural no está afuera de nosotros sino que pertenecemos a él, y la forma en que interactuamos con su medio se desarrolla a medida que establecemos diálogos e interacciones entre culturas, en un fenómeno denominado “diálogo intercultural”, este término es importante ya que es su esencia misma (Barabas, A. 2014).

Interculturalidad en América Latina

La interculturalidad como categoría antropológica empieza a utilizarse hacia la década de los 70's del siglo XX, época donde los procesos y usos asociados a ella emergieron y se desarrollaron en todo el territorio latinoamericano. Su génesis constituyó una estrategia por legitimar, defender y empoderar a los grupos étnicos, mediante el cuestionamiento dirigido a los sectores privilegiados y hegemónicos que los excluían, subordinaban, marginalizaban e incluso discriminaban. Es pertinente aclarar un poco la última proposición, ya que por lo polémico de su contenido se requiere profundizar en sus representaciones y usos, debido a que el término interculturalidad, no se trata de una categoría neutra o desprovista de las problemáticas relaciones de poder. Ya que algunos enfoques definen a la interculturalidad como una interacción cultural basada en el respeto, dibujando a su vez un escenario ideal de diálogo en eje horizontal (Lozano, A. 2016). Donde ningún grupo humano estaría por encima de otro, permitiendo así una aculturación simétrica, no obstante, es preciso considerar que la realidad no tiene necesariamente que ajustarse conceptos consensuados por equipos de intelectuales, ya que esto también contribuye a legitimar posturas hegemónicas.

Interculturalidad y el juego del poder

Si lo abordamos en esos términos, es una realidad que cuando entra en escena el conocimiento científico se hace presente el juego de la hegemonía, al mismo tiempo se produce una constante tensión entre sus poderes, se configura entonces una “intención integracionista” (Ferrao, V. 2013). Dicho de otra manera, se busca limar las asperezas entre los

diferentes grupos humanos, que por los choques entre sus cosmovisiones puedan llegar a generar tensión social. En ese sentido, es importante que la resolución del conflicto no altere el status quo para que los grupos hegemónicos no pierdan sus privilegios, algo más bien parecido a una transculturación parcial. Representando así una interculturalidad enmarcada en “formas alienantes”. Es así, como dentro del concepto de interculturalidad, reposa una carga semántica referente a una interculturalidad cobijada bajo los conceptos de aculturación, transculturación y contacto social asimétrico, donde se desarrollaron de forma tácita o explícita los procesos expansionistas de los países capitalistas, los cuales directa o indirectamente dejaron su huella en nosotros, una huella incluso perceptible en las dinámicas interculturales contemporáneas de las que somos usuarios dentro de los países de la periferia. Lo que según palabras de □i□ek (1998) ciñó la “pantalla fantasmática” sobre nuestros sentidos, una pantalla que nos impide cuestionarnos el motivo del por qué la interculturalidad es adoptada por el discurso institucional (Lozano, A. 2016). Y acaso es que ¿Al nombrar una cosa como intercultural, la convierte mágicamente en eso?

Podemos de esa manera considerar que bajo las huellas remanentes del colonialismo dentro de Latinoamérica, muchas veces el discurso intercultural esconde criterios de negación a las alteridades (Bartolomé, M. 2006), debido a que realmente no existe un diálogo, sino herramientas de disminución hacia el otro mediante frases como “no sabe”, “no entiende” y esos son cánones del discurso hegemónico, con mucha más relevancia que el hecho ingenuo de poner a dialogar conocimientos en “condiciones de igualdad”.

Interculturalidad en salud

La interculturalidad en salud según explica Salaverry (2010), es una noción que surgió en las ciencias sociales, particularmente en la antropología, disciplina desde donde se ha ido extendiendo a otras profesiones, principalmente gracias al uso integral de la etnografía como herramienta sistémica de recolección de información y de saberes. Es así, como poco a poco empezó a llamar la atención dentro del campo sanitario, el cual ha retomado la idea de la interculturalidad al punto que una de sus principales corrientes promueve la denominada “interculturalidad en salud”. En ese sentido, la interculturalidad en salud consiste en la capacidad de transitar de manera equilibrada entre diferentes sistemas de conocimientos sobre la salud y la enfermedad, entendiéndolas desde una perspectiva somática, mental y espiritual (Ibacache, J. 2007). De esa manera, el factor étnico se constituye en el eje fundamental dentro de la comprensión de la interculturalidad en salud. En las siguientes líneas voy a desarrollar la interculturalidad en salud a partir de la medicina tradicional indígena y la medicina occidental positivista.

Aproximaciones al contexto colombiano

En Colombia según el censo DANE 2018, existe una población que se autodenomina como indígena de 1.905.617 habitantes, lo que corresponde al 3,94% de los ciudadanos (con base en un total de 48.258.494 habitantes), los cuales se encuentran ubicados a lo largo del territorio continental colombiano y en los archipiélagos de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Obedeciendo a la anterior realidad demográfica a través de la ley 691 de 2001, se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema de seguridad social en

salud. De tal manera que en los planes y servicios de salud pueda existir el pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. En ese sentido, la necesidad de complementariedad y reciprocidad, sumada a la relevancia de la intersubjetividad presente en el encuentro de actores con diferentes culturas, demuestran la importancia de fomentar la interculturalidad en salud. Entendida como la relación entre personas o grupos culturales que potencian los servicios de salud con base en las necesidades, organizaciones y control de los pueblos (Cardona, Rivera, & Carmona. 2015). Además como ya lo mencioné anteriormente, la salud intercultural alude a la capacidad de moverse equilibrada y cómodamente entre los conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y espiritual.

Durante el desarrollo del párrafo anterior, se evidenció un panorama esperanzador respecto a la práctica de la medicina tradicional en el marco de la interculturalidad en salud. No obstante, en Colombia aún no se ha consolidado el diálogo e interacción entre la medicina positivista occidental y las medicinas tradicionales. En gran medida, debido a la falta de compromiso evidenciado por las autoridades en salud de Colombia para establecer el diálogo intercultural, ya que su prioridad radica en el aseguramiento universal para garantizar la atención en salud y no en la construcción de un espacio oportuno para el intercambio de saberes. Acción que, aunque pragmática para la salud pública en general, da evidencia del juego hegemónico donde al parecer los grupos privilegiados no quieren perder el Status quo, pese a las barreras culturales, geográficas y de acceso a los servicios sanitarios por los que cursan muchas de las comunidades étnicas. Estos obstáculos

podrían ser solventados mediante una reivindicación de los recursos terapéuticos indígenas, un rescate de las medicinas tradicionales y un intercambio simétrico de saberes entre la medicina positivista occidental y las medicinas tradicionales, como una estrategia para una atención oportuna en salud en las regiones de difícil acceso a los servicios de salud occidentales. Ya que inclusive la Organización Mundial de la Salud ha reconocido a la medicina tradicional indígena como una opción terapéutica válida en múltiples contextos, por lo que yo considero que hay talento y disposición, pero falta apoyo de las autoridades locales para el establecimiento adecuado de unos diálogos de saberes interculturales.

La interculturalidad en salud del Departamento del Cauca

Una realidad no muy ajena se evidencia dentro del Departamento del Cauca, territorio en el cual se ubica la mayor concentración de individuos autodenominados como indígenas en el país solo detrás de la Guajira. Con 308.455 individuos según el censo DANE 2018, nos encontramos ante unas comunidades étnicas que son protagonistas dentro de las luchas de clase del territorio nacional, con una trayectoria que incluso tiene fama a nivel internacional. No obstante, y pese a lo anterior, dentro de la institucionalidad de sus grupos étnicos aún sigue predominando la medicina científica de una manera hegemónica, para ejemplificar mejor mi discurso me referiré específicamente a las IPS indígenas MINGA, AIC y Çxhâçxha, las cuales pese a su proyección social siguen prestando servicios sanitarios basados exclusivamente en el positivismo científico, con la única excepción de la sensibilidad requerida para tratar a individuos en un contexto

multicultural y pluriétnico como lo es el Departamento del Cauca. Este fenómeno me deja como moraleja que aunque las instituciones sanitarias sean administradas por las asociaciones indígenas, sus razones sociales se encuentran enteramente permeadas por el discurso hegemónico.

Tal vez mis proposiciones carezcan de tacto al referirme a la realidad colombiana, en ese sentido estoy dispuesto a recibir cualquier tipo de crítica. No obstante, hablo a partir de mis experiencias personales como egresado del programa de fonoaudiología de la Universidad del Cauca. Experiencias a partir de las cuales he construido un criterio con base en mis aproximaciones etnográficas dentro de la realidad social y sanitaria del suroccidente colombiano, en específico del Departamento del Cauca. Donde a pesar de las situaciones y teniendo en cuenta las diversas circunstancias he evidenciado la hegemonía de la medicina positivista occidental sobre cualquier otro tipo de saber médico. Por lo cual considero que el diálogo de saberes intercultural debe gestarse desde la academia. Desde los orígenes más primigenios que permiten la configuración de los imaginarios colectivos, donde se consolida el corpus teórico y práctico de las disciplinas sanitarias y que son evidenciables a partir de su discurso. En ese sentido, la academia es el mismo lugar donde se permean las mentes de los futuros profesionales con los saberes ideológicos que van a ser por ellos implementados diariamente durante el tiempo que se encuentren en ejercicio, mismo lugar donde me dijeron que el mal de ojo y las enfermedades culturales eran una “pendejada”. Es ese camino el que debemos tomar para direccionar nuestra sociedad hacia una verdadera interculturalidad en los saberes médicos. Es en ese escenario, que el diálogo de saberes intercultural planteado

desde una verdadera relación de horizontalidad, servirá como mecanismo eficaz para romper con las hegemonías. Y solo así, se llegará a un adecuado modelo encaminado al manejo sanitario holístico e integral de las alteraciones en el bienestar tanto del cuerpo, la mente y el alma de los individuos usuarios del sistema de salud pública de la República de Colombia. El diálogo de saberes intercultural al rescate de una adecuada interculturalidad entre la medicina tradicional y la medicina positivista occidental.

Para resarcir el daño que la hegemonía ha generado durante la praxis de la interculturalidad y el desarrollo del multiculturalismo, se otorga un papel protagónico al “diálogo intercultural”, a partir del cual se acepta el postulado de igualdad entre culturas, diálogo y respeto intercultural facilitando el estar-transitar-comunicar entre diferentes culturas (Bartolomé, M. (2006). Pero ¿Qué es con exactitud el diálogo intercultural? Bajtín considera que Yo me conozco y llego a ser yo mismo sólo al manifestarme para el otro, a través del otro y con la ayuda del otro. Los actos más importantes que constituyen la autoconciencia se determinan por la relación con la otra conciencia (con el tú). La ruptura, el aislamiento, la cerrazón en sí mismo como la causa principal de la pérdida de sí mismo. No aquello que sucede dentro, sino lo que acontece en la frontera de la conciencia propia y la ajena, en el umbral. Y todo lo interno no se basta por sí mismo, está vuelto hacia el exterior, está dialogizado, cada vivencia interna llega a ubicarse sobre la frontera, se encuentra con el otro, y en este intenso encuentro está toda su esencia. Éste es el grado supremo de la socialidad (no externa ni cosificada, sino interna). (Bajtin, M. 2012, p. 324).

Lo que significa que los seres humanos construimos nuestra identidad a partir del reconocimiento de las alteridades. Donde la semántica y la pragmática nos permiten dibujar los límites de lo que se considera propio o ajeno a una realidad cultural, mediante el performance con actores sociales exógenos a nuestra conciencia. Configurando de esa manera el espacio idóneo para que se desarrolle el “diálogo de saberes interculturales”, que corresponde al cenit de la interacción social entre sujetos pertenecientes a grupos culturales diferentes que habitan una misma unidad territorial. En ese sentido, el diálogo intercultural “presupone el interés de los sujetos sociales en una interacción comunicativa, e implica por tanto, una disposición para escuchar y para actualizarse” (Pérez, M. & Argueta, A. 2011, p. 14). No se trata entonces de conseguir por medio de la fuerza cualquier tipo de aceptación o valoración de un conocimiento ajeno, sino de un intercambio de conocimientos, apreciaciones y valores, “en donde operan fuerzas racionales para la interacción comunicativa, enmarcadas dentro de condiciones epistémicas específicas, dentro de diálogos de saberes interculturales particulares” (Pérez, M. & Villamar, A. 2011, p. 14).

Dicho diálogo se distancia del relativismo cultural extremo heredado por Boas, ya que el pluralismo cultural en su sentido epistémico defiende el principio de que existe una verdad que se mantiene gracias a la adecuación entre las proposiciones y el mundo. Así como por la aceptabilidad racional que se conserva debido al diálogo intercultural, que funge como guía en las relaciones interculturales que ocasionan acuerdos racionales. Lo cual solo es posible mediante el diálogo racional situado histórica y contextualmente, donde existe disposición para escuchar al otro. Se consolida de esa manera,

un nuevo contexto que permitirá entablar acuerdos de orden interpretativo durante la búsqueda de elementos mínimos conducentes hacia metas comunes para la resolución de problemas concretos en los territorios de convergencia multicultural, como lo puede ser la medicina tradicional y su contraste con la medicina occidental. En ese sentido:

Las culturas son internamente plurales aunque con pretensiones de coherencia interna, representando un juego dialógico entre diferentes tradiciones y estados de pensamiento. Las culturas surgen en una interacción con otras culturas y son, a la vez, permeables, sujetas a influencias externas que se interpretan y asimilan de una forma autónoma. (Parekh, 2006, p. 195).

Ningún acontecimiento humano se desenvuelve ni se soluciona en los límites de una sola conciencia. “De ahí la hostilidad de Dostoievski hacia aquellas visiones del mundo que ven la finalidad última en la fusión, en la disolución de las conciencias en una sola, en la desaparición de individuaciones” (Bajtín, M. 2012, p. 324). Ya que “ningún nirvana es posible para una sola conciencia. Una sola conciencia es contradictorio in adjecto. La conciencia es múltiple en su estancia. *Pluralia tantum*. (Bajtín, M. 2012, p. 324). Por lo que “Dostoievski tampoco admite las visiones del mundo que reconocen el derecho de una conciencia superior a tomar decisiones por las conciencias inferiores, convirtiéndolas en cosas sin vos” (Bajtín, M. 2012, p. 324). Por lo tanto, si las culturas se muestran permeables a las influencias de agentes exógenos a ellas según el postulado de Parekh, la manera en que interpretan y asimilan la nueva información debe darse de un modo orgánico y no impositivo según la crítica de Dostoievski. O dicho en palabras de Parekh.

Las diferentes culturas representan diversos sistemas de significados y visiones de la vida buena, haciendo que la diversidad cultural sea no solo inevitable sino deseable. Cada uno de nosotros realiza un limitado espectro de capacidades humanas y solo percibe una parte de la totalidad de la existencia humana necesitando otras visiones para entenderla mejor, expandiendo nuestro horizonte intelectual y moral, agudizando nuestra imaginación, y guardándonos de la fascinación por absolutizar la propia cosmovisión. Se debe partir –de buena fe– del supuesto que ninguna cultura carece completamente de valor, mereciendo al menos algo de respeto por lo que significa para sus miembros y la energía creativa que supuso y supone para ellos. También hay que entender que ninguna cultura es perfecta, ni tiene el derecho de imponerse a otras, y que las culturas cambian mejor desde la crítica interna, pero, junto con ello, y debido a que cada cultura es connaturalmente limitada, resulta pertinente promover el diálogo entre ellas como algo mutuamente beneficioso. Diálogo que es posible, en fin, porque cada cultura acepta a las otras como participantes iguales en el plano discursivo, las que deben ser tomadas en cuenta como fuente de nuevas ideas. (Parekh, 2006, p. 195).

CONCLUSIÓN

Es así, como el diálogo intercultural rompe con las relaciones de poder inmersas en el multiculturalismo y la interculturalidad, ya que concibe a cada cultura como un cúmulo de significados y visiones que representan al cosmos en su sentido multidimensional, donde cada experiencia es digna de ser vivida y compartida a favor de la diversidad cultural. En ese sentido, es importante que como individuos contemos con las experiencias que los otros significantes y

el coro nos puedan aportar, con la finalidad 1 de entender mejor la totalidad de la existencia humana a medida que se incrementa nuestro conocimiento y el juicio que hacemos sobre esa nueva información, siendo conscientes de que ninguna cultura carece de valor y que ninguna cultura merece anteponerse a las demás, cobijada bajo presunciones de perfección o superioridad. Por lo anterior es pertinente promover el diálogo de saberes intercultural, porque si comprendemos que cada cultura es en esencia limitada, la barrera de esos límites se puede romper mediante el plano discursivo que facilita tomar en cuenta los conocimientos de las alteridades, como fuente nueva de ideas bajo la premisa del reconocimiento del otro como un par en el plano epistémico. Ese es el camino que se debe tomar con la medicina tradicional en contraste con la medicina occidental hacia una adecuada interculturalidad en salud tanto en Colombia como en el Departamento del Cauca.

PALABRAS CLAVE

(Diálogo de saberes, hegemonía, interculturalismo, medicina tradicional, medicina positivista, multiculturalismo)

REFERENCIAS

Bajtín, M. (1979). Para una reelaboración del libro sobre Dostoievski. En: Bajtín, M. (2012) *Estética de la creación verbal*. (Segunda edición revisada). México, D.F.: Siglo XXI editores.

Barabas, A. (2014). "Multiculturalismo, pluralismo cultural e interculturalidad en el contexto de América Latina: la

presencia de los pueblos originarios”, Configurações; DOI: 10.4000/configuracoes.2219.

Bartolomé, M. (2006). “Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina”. México: Siglo XXI editores. En: Lozano, A. (2016). “Ensayo: interculturalidad en salud y pueblos indígenas, algunos interrogantes”. UAM Xochimilco. Ciudad de México.

Cardona-Arias, J. A., Rivera-Palomino, Y., & Carmona-Fonseca, J. (2015). “Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia”. Revista Cubana de Salud.

DANE. (2018). “Censo Nacional de Población y Vivienda”.

Ferrao, V. (2013). “Educación intercultural crítica. Construyendocaminos”. En: C. Walsh (coord.), (2013) “Pedagogías decoloniales. Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir”. Ecuador: Ediciones Abya Yala Quito, tomo I; (PP. 145-161).

Ibacache, J. (2007). “La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural”. En: Guzmán, S. (2016). “La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento”. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 15(31) (PP 10-29).

Lozano, A. (2016). “Ensayo: interculturalidad en salud y pueblos indígenas, algunos interrogantes”. UAM Xochimilco. Ciudad de México.

- Organización Mundial de la Salud. (2002). “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”. Ginebra.
- Parekh, B. (2006). “Rethinking Multiculturalism. Cultural Diversity and Political Theory”. (2 ed.). Hampshire, UK.: Palgrave Macmillan.
- Pérez, M. y Argueta, A. (2011). “Saberes indígenas y diálogo de saberes”. *Cultura y representaciones sociales*. 5(10): (PP 31-56).
- República de Colombia. Ley 691 de 2001. Secretaría del Senado. c2014.
- Rouland, N; Pierré-Caps, Stéphane et al. (1999), *Derecho de minorías y de pueblos autóctonos, México, Siglo XXI*.
- Salaverry O. (2010). “Interculturalidad en salud”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 27(1): (PP 80-93). En: Guzmán, S. (2016). “La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento”. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 15(31) (PP 10-29).
- Vertovec, S. (2003), “Desafíos transnacionales al ‘nuevo’ multiculturalismo”, *Migración y Desarrollo* 1.

MESA 2: NARRATIVAS Y LECCIONES APRENDIDAS EN SALUD

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Escalada de locura: Narración de una vida a medias

AUTORES

Kory Naima Jara Tamayo

EMAIL DEL AUTOR

kory.jarat@gmail.com

FILIACIÓN

UTE (ECUADOR)

OBJETIVO

La presente investigación pretende narrar la vida de un paciente institucionalizado en un hospital psiquiátrico de Quito, de quien se tiene información incompleta y sesgada. Con esto se quiere poner en evidencia el pobre manejo psiquiátrico de los pacientes a lo largo de la historia de la medicina y la necesidad de reevaluar los requerimientos individuales de acuerdo al contexto de cada paciente.

La necesidad de conocer al paciente como un individuo único, irrepetible y sujeto de derechos dentro de un contexto específico de vida. Para responder estas preguntas se recurrió a aplicar el método de historia de vida a fin de conocer de primera fuente los contextos en los que el paciente se desarrolló, esto fue complementado con información de la historia clínica y revisión de material bibliográfico referente al tema.

La vinculación entre la reflexividad y el compromiso ético se vuelven más factibles y exigibles, estando presentes desde el planteamiento teórico, en la práctica del proceso de investigación y hasta la difusión del producto.

A partir de ahí, se evalúa los criterios diagnósticos; se aborda la generación de dependencia de un paciente y su reinserción en la sociedad; se introduce los imaginarios sociales y la violencia hacia el paciente psiquiátrico; y finalmente, a la luz de los malos resultados en la salud del paciente aquí analizado, arribar a las limitaciones de la profesión psiquiátrica.

HISTORIA DE VIDA

El hospital psiquiátrico al que se referirá en adelante cuenta con varios servicios, entre ellos el de pacientes denominados “crónicos” (servicio 10); quienes, por diversos diagnósticos, como son los más comunes retraso mental y esquizofrenia, han ingresado al hospital. Conviene aclarar que muchos de ellos han sido abandonados por sus familias y han permanecido institucionalizados desde su ingreso hasta la actualidad.

El servicio 10 está lleno de casos que merecen destacarse no solo por la psicopatología que padecen los pacientes, sino por

sus vidas llenas de historias jamás contadas. Uno de ellos, es Miguel quien es conocido por pedir libros a todos quienes conoce. Aquellos que no lo conocen, piensan que se trata de un paciente delirante, y acceden a su petición. Luego el personal a cargo del servicio les advierte que él recuerda todo lo que le ofrecen y que, además, tiene preferencia por ciertas lecturas, y que aquellas que no son de su agrado las desecha o regala a alguno de sus compañeros. Esto llama la atención, puesto que este servicio se supone, mantiene a personas con discapacidad intelectual severa, y este paciente parecería no pertenecer a este grupo.

El primer libro que se le entrego era una historieta corta y de baja dificultad para la lectura, que lo terminó enseguida y además dio un resumen del mismo. Al terminar éste, Miguel vuelve siempre a pedir un libro precisando que debe ser más largo que el anterior. Esto requirió que Miguel reciba un libro de dificultad moderada cada dos semanas, siempre y cuando resuma verbalmente su lectura anterior.

Miguel es un hombre procedente de una de las provincias del sur del país, según datos recabados en la historia clínica tiene 76 años y ha permanecido 57 años aislado en este hospital psiquiátrico.

Proviene de un hogar desorganizado y de escasos recursos económicos. En los primeros años de su vida era un niño activo, sin ningún síntoma de aparente alteración mental. A su tierna edad es abandonado por su padre, quedando al cuidado de su madre; una mujer agresiva que mostraba poca afectividad hacia él. A partir de ese momento su comportamiento se torna tímido, retraído, ensimismado. En

la escuela se muestra como un alumno poco motivado, pero que supera sin dificultades mayores la experiencia educativa.

Debido a la situación económica de su hogar, Miguel tiene que trabajar en diferentes actividades desde los 12 años, como voceador, lustrabotas, heladero y comerciante; lo que es interpretado como un síntoma de inestabilidad laboral, que no necesariamente puede asimilarse como enfermedad mental. A los 15 años conoce a su padre, quien se muestra indiferente frente a la asistencia moral y económica que requería su hijo. Es entonces que su madre y sus hermanos perciben un cambio en su comportamiento, mucha tristeza, soledad, muy pensativo e inestable emocionalmente.

Alrededor de los 18 años empieza a aislarse de la familia, se torna negativista, luego presenta ideas sobrevaloradas y su conversación en ocasiones discordante. El 20 de enero de 1962, Miguel de 19 años es trasladado desde Loja a un hospital psiquiátrico de Quito, donde es ingresado por presunta “enajenación mental”, según lo descrito en la carta de solicitud de internamiento emitida por la Jefatura Provincial de Sanidad de Loja. Para Miguel este sería el día en el que vuelve a nacer, pues se lo inscribe en el Registro Civil con la fecha de su ingreso a la casa de salud como si fuera la de su nacimiento; es así que actualmente constan con 2 edades, 57 y 76 años. Se presume que hasta tal fecha a Miguel no le habrían registrado, de otro modo, tendría doble registro el de la ciudad de su procedencia y el de la capital.

A pesar de no encontrarse registros médicos de su evolución, durante lo que sería su primera estancia hospitalaria, se sabe por datos posteriores que no recibió visitas.

Permaneció en esa institución con diagnóstico de esquizofrenia simple, y en 1971 se gestiona su retorno su ciudad natal con supuesta estabilidad clínica.

Un año después es trasladado nuevamente a este hospital por personal de la Policía Nacional, y desde entonces ha permanecido institucionalizado por ya 56 años. En 1979 establecen un deterioro mental del 28% hasta 1981, año en el que revaloran su coeficiente intelectual y encuentran valores más altos, correspondientes a una “inteligencia fronteriza”, relacionados con su nivel de instrucción. Este cambio lo adjudicaron a la recuperación de sus capacidades, posiblemente “bloqueadas por su desajuste mental”. Sin embargo, en 1985 se le realiza una nueva valoración, determinándose parámetros muy bajos que corresponden a una debilidad mental grave (denominado discapacidad cognitiva, en la actualidad).

Durante todo el periodo de su hospitalización recibe diferentes fármacos, entre ellos neurolépticos, cuyos efectos fueron diversos, como el deterioro mental, que exigieron la regulación y cambio de medicación para su “estabilidad”. Durante la década de los 80 su diagnóstico cambia a esquizofrenia hebefrénica en un inicio y luego residual por no haber presentado patología durante algunos años. Además, se encuentran varios registros que señalan que Miguel solicitaba el alta voluntaria, misma que en varias ocasiones le era otorgada. Es así como, hasta 1990 mantenía contacto con la comunidad circundante, “escapando” por períodos cortos de tiempo a realizar actividades sencillas que le generaban ingresos económicos.

Con la llegada del nuevo milenio, el diagnóstico de Miguel en el registro médico es cambiado a trastorno bipolar en

remisión; sin embargo, no se encuentra la fecha exacta ni bajo qué criterios se lo modificó.

Hasta hace algunos meses, permaneció bajo vigilancia, en el bloque 10 de pacientes crónicos, por normativas actuales no abandonaba la institución sin autorización, tampoco recibió visitas, permanecía activo realizando terapia ocupacional, mantenía su capacidad de lectura y pedía reiteradamente libros al personal.

En el contexto de la pandemia, Miguel es contagiado de COVID 19 y por su condición mental no es recibido en ningún hospital para el tratamiento de la misma. Por lo que 10 días luego de su primer síntoma, fallece en compañía del personal de salud que consideró su familia y por falta de condiciones tecnológicas en el hospital requeridas para el tratamiento de las complicaciones de la infección.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis de los criterios diagnósticos

Lo primero que se destaca de la historia de Miguel son los cambios de diagnóstico a lo largo del tiempo que se halla internado, debido probablemente a las concepciones sociales y culturales de la época, que se reflejan en el manejo de los “Los Manuales de Criterios Diagnósticos de Enfermedades Mentales”, requiriéndose que sus actualizaciones se realicen con una frecuencia obligatoria, profundidad científica, a lo cual acompañe el análisis previo a la incorporación de nuevos enfoques científicos, desde una perspectiva sociocultural. Complementariamente, la aplicación y uso de estos manuales

deben exigir un proceso de estudio e interiorización de su contenido, de modo que sea comprendido y examinado de forma profunda y no de manera textual; en búsqueda de que su aplicación eleve la efectividad de los diagnósticos y los tratamientos.

Se entiende que la generación de tolerancia hacia comportamientos diferentes y hacia la diversidad cultural, así como la comprensión de que el sufrimiento es inherente a la vida, habrían determinado se realicen constantes actualizaciones en los diagnósticos y criterios de los manuales psiquiátricos como DSM.

Inicialmente la esquizofrenia era conocida como demencia precoz para describir un trastorno mental que afectaba a adolescentes y adultos jóvenes y que con el tiempo evolucionaba a un deterioro del funcionamiento mental, y a la incapacidad del sujeto.

En 1871 Hecker renombra al síndrome como hebefrenia, destacado por su rápida evolución hacia la «estupidez, embrutecimiento y desorganización de las funciones psíquicas»(4).

En 1908 Eugene Bleuler sugirió la palabra «esquizofrenia» para referirse a una escisión de los procesos psíquicos consistente en la pérdida de correspondencia entre el proceso de formación de ideas y la expresión de emociones y para diferenciarlo de la enfermedad maniaco-depresiva, en donde la expresión de las emociones de los pacientes refleja con precisión sus pensamientos mórbidos (5,6,7). Sugirió también síntomas fundamentales como Afecto embotado, Autismo, Disgregación en las Asociaciones de ideas, y Ambivalencia.

Los síntomas accesorios incluían las ideas delirantes o delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y la escritura y los síntomas catatónicos, entre otros.

De esta manera los criterios para diagnosticarla no han cambiado sustancialmente, sin embargo, la percepción de lo socialmente aceptado sí. Un ejemplo de esto es el tipo de vestimenta que se usa en el presente, que ahora es aceptado como moralmente correcto pero que previamente en la historia era considerada como una falta de decoro y por lo tanto una expresión de una enfermedad mental.

Sin embargo, el abuso de los diagnósticos psiquiátricos y el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, ha resultado en la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de falsos positivos, la estigmatización asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado de la prescripción farmacológica.

Debido a limitaciones como estas, los criterios diagnósticos deben ser vistos como meras guías que complementen la capacidad de análisis y discriminación por parte de los profesionales en salud mental, pues ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental puede calificarse de patológico sin examinar su posible utilidad adaptativa y estratégica y las condiciones contextuales en las que aparece.

Los imaginarios sociales

Es importante destacar la percepción social de la enfermedad mental, pues está sesgada por el desconocimiento y la

desinformación, de ahí que influya en el aislamiento social, el retraso en la recuperación y en la estigmatización de las personas. El estigma está basado en erróneas concepciones sociales, como por ejemplo que “una persona con algún diagnóstico de salud mental (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo...) es violenta y no podrá trabajar o vivir fuera de una institución”, se encasilla a estas personas como “locos” que deben estar “encerrados” y alejados de la sociedad por ser peligrosos (8). Durante la vida de interno en el hospital, Miguel no ha sido visitado ni siquiera por su familia. Este desentenderse de él se debe a que se lo considera como “el otro”, “el ajeno”, figura simbólica del imaginario social de la época que refleja incomodidad, que se resuelve a través del “encierro” de quien es visto como “ajeno”, allí se hacen cargo, se lo acoge, se lo asume dentro de las costumbres de una casa de salud, al punto de que el olvido se convierte en la justificación del desentendimiento familiar.

El imaginario es un producto social que gestiona el desorden en contextos de alta complejidad: la sociedad nos dota de imaginarios sociales para simplificar la sociedad. Esto no significa que hacen desaparecer la incoherencia, el caos o las inconsistencias, sino que, alimentándose de ellos, construyen vínculos sociales (9).

El estigma de las enfermedades psiquiátricas ha sido alimentado desde diversas fuentes sociales, algunas de ellas más influyentes que otras. Un ejemplo de los grandes influyentes es el cine, que pese a volver más accesible la información y el entendimiento, muchas veces ha sido causante de provocar algunos estereotipos. Entre estos, cabe mencionar los más

importantes como son: El enfermo mental es un tipo “raro” no entendido que nos recuerda la importancia de trasgredir las normas. Es el loco violento y terrorífico. Es alguien que logra atravesar el sufrimiento de su enfermedad mediante el esfuerzo individual.

En la sociedad actual existe una representación diferenciada dependiendo del tipo de padecimiento y del nivel de contacto o cercanía que la población tiene con la enfermedad mental. De acuerdo con algunos estudios sociológicos (10,11,12), las personas que no tienen contacto alguno, tienden a rechazar más los padecimientos relacionados con la esquizofrenia y las adicciones, incluso llegando a responsabilizar a las personas con estas enfermedades; en comparación a la depresión que pese a ser más aceptada, se la sigue viendo como una tristeza simple que se supera con “fuerza de carácter”. No obstante, aunque las personas que tienen algún nivel de contacto deberían tener un panorama más claro de la enfermedad mental; lo que probablemente sea el mayor contribuyente a la negación, rechazo y abandono de los que padecen enfermedades psiquiátricas.

Aún en la actualidad predomina la población con una visión estereotipada de la enfermedad mental, que se expresa a través de apodos, atributos y sobrenombres hacia las personas con estos padecimientos. La sociedad atribuye rasgos negativos especialmente a las personas con esquizofrenia o con trastornos por adicción, a quienes califican como peligrosos, impredecibles o que no tienen control alguno sobre su vida. De esta manera los atributos del imaginario social que promueve la sociedad generan miedo, rechazo, compasión y desconfianza.

Como consecuencia de esto, los que padecen enfermedades mentales generan el “auto – estigma”, que se vuelve un pensamiento cíclico que influye en la generación de actitudes y comportamientos negativos repercuten en la parte emocional del sujeto, empeorando su situación. La formación de creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad), resulta en reacciones emocionales de baja autoestima, desconfianza sobre la capacidad propia y vergüenza. Todo esto induce a un comportamiento negativo que resultara en la falta de aprovechamiento de oportunidades de trabajo, rechazo a buscar ayuda y aislamiento social.

A diferencia del estigma que la sociedad crea, las personas que son diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental grave, pueden llevar una vida plena y autónoma con total normalidad.

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 1987) define a las personas con trastorno mental grave como:

“Grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (13).

Se trata, por tanto, de un grupo de personas que requiere protección familiar, social y gubernamental, pero que en muchos casos han sido abandonadas en los hospitales públicos sin que exista compromiso familiar y social; y sin que el cobijo

institucional sea suficiente, debido a los limitados recursos económicos.

El sistema de protección social hacia las personas con trastorno mental grave ha sido una asignatura pendiente en el Ecuador, debido a los bajos presupuestos de los hospitales públicos derivados de una visión que la aleja de los criterios de prioridad.

Generación de dependencia y reinserción en la sociedad

Como ya se explicó previamente, los síntomas producidos en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, llegan a producir alteración de la vida diaria de las personas que los padecen. Adicional a esto, los fármacos usados como tratamiento de estas enfermedades, pueden generar efectos adversos, como somnolencia, lenificación psicomotriz, efectos cardiacos, neurológicos y metabólicos que, de igual manera, pueden llegar a provocar cierto nivel de discapacidad y por lo tanto necesidad de asistencia para ciertas tareas de la vida diaria.

El cuidado de estos pacientes recae en primer lugar en familiares cercanos y en el estado. Sin embargo, muchos de ellos son abandonados por sus familias, volviéndose personas sin hogar y como consecuencia se enfrentan a pobreza severa, desarraigo, deterioro personal, y ruptura de vínculos sociales.

Siendo el estado responsable de proteger a estos ciudadanos vulnerables en situación de marginación, son acogidos en instituciones de salud mental de forma permanente o transferidos a unidades de asistencia como asilos o albergues.

En cualquiera de estos lugares, el personal encargado del cuidado a estos pacientes, ejecutan tareas que van desde controlar la toma de medicación hasta bañarlos, aumentando la idea de minusvalía que es percibida por pacientes y mundo exterior (14).

La Esquizofrenia es responsable de 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad, se le considera dentro de las seis enfermedades prioritarias en la carga de Salud Mental. A nivel mundial, tiene una prevalencia entre 3,3 y 4,6 por cada 1 000 personas (15,16). Esto hace necesario la implementación de políticas de reinserción social como parte del tratamiento holístico de la enfermedad mental, esperando como resultado el mayor nivel de independencia que puede llegar a ejercer el paciente.

Sobre las limitaciones de la profesión psiquiátrica

La especialización en psiquiatría requiere una estructura suficientemente flexible, posiblemente más que en otros campos, pues la educación psiquiátrica debe orientarse a identificar las necesidades fundamentales de cada caso en forma individual, a trabajar en estrecha colaboración con pacientes, familiares, cuidadores, amigos y las redes de apoyo social, fomentando en paralelo el crecimiento personal y epistemológico del futuro profesional.

Dentro de los principios generales de la educación actual, los futuros médicos psiquiatras deben demostrar la capacidad de organizar la información clínica de tal manera el diagnóstico posible sea en torno a los problemas psicosociales y a los

factores culturales de cada persona, con el fin de optimizar niveles de adherencia a tratamientos establecidos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Un importante limitante en la formación de psiquiatras, es la poca atención que se da a la psicoterapia, en parte, debido a la creencia de que “el psiquiatra prescribe medicamentos y el psicólogo habla con el paciente”, así como al predominio a veces irreflexivo de las contribuciones neurobiológicas. El psiquiatra no debe renunciar a la formación y utilización de esta práctica, cualquiera que fuere la escuela u orientación a la que se adhiera (17,18,19).

Por otro lado, un limitante también importante en el ejercicio holístico de la psiquiatría es la falta de profesionales en el campo, especialmente en el sector público. Según el informe de evaluación del sistema de salud mental en Ecuador del 2015, en el país, de un total de 24.523 médicos registrados, solo 337 son psiquiatras, es decir apenas el 1.4%. De los 337 psiquiatras, solo el 44% trabaja en instituciones públicas (20,21), esto debido a los escasos contratos de psiquiatras en instituciones de salud públicas y, por tanto, a la poca importancia que por años han dado los gobiernos a la salud mental.

CONCLUSIÓN

El manejo del paciente con enfermedad mental ha sido foco de críticas alrededor del mundo y en varias épocas de la historia. Aunque la psiquiatría como ciencia ha mejorado a lo largo del tiempo, existen personas como Miguel que continúan enfrentando los conflictos derivados del bajo interés que se le dio a la psiquiatría durante años. Por

lo que es trascendental entender el problema desde una perspectiva mucho más amplia. Empezando con la necesidad de visualizar a la psiquiatría como una transdisciplina, que integre 3 importantes saberes: saberes tradicionales e históricos, saberes provenientes de las ciencias sociales y de las humanidades, y la neurociencia junto con la neurología.

Por años la enfermedad mental ha sido vista con temor y desdén, lo que ha producido imaginarios sociales, discriminación e inatención a las personas que la padecen. Esto ha hecho que el tabú aumente y se mantenga en el tiempo, no solo de la sociedad ajena a la enfermedad, sino también a los que están más cerca de ella. Para romper con esos esquemas de la salud mental, también es necesario el trabajo de los equipos interdisciplinarios de psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y psiquiatras especialmente en las unidades de salud mental.

La psiquiatría requiere de una pronta y urgente intervención de toda la comunidad de la salud (tanto profesionales, como estudiantes y médicos en formación), pacientes y familiares, para plantear reformas para mejorar la salud mental. Se requiere aumentar el número de plazas para psiquiatras y psicólogos en centros de salud y hospitales públicos, así como también personal de enfermería y auxiliar, especialmente en centros psiquiátricos que ofrezcan hospitalización. Adicionalmente, es importante que se tracen nuevos lineamientos en cuanto al tiempo de atención que se brinda a cada usuario durante los controles médicos y especialmente psiquiátricos.

En dichas reformas, también, debería incluirse la búsqueda del bienestar de los empleados del área de salud mental, por

la carga emocional que produce la atención a pacientes con características psiquiátricas. Para esto es necesario investigar la existencia de inconformidad de profesionales que trabajan en el área pública y las causas de la misma. De esta manera la calidad del servicio que se brinde a los pacientes mejoraría y por lo tanto habría una menor cantidad de reingresos hospitalarios.

Es necesario también realizar la búsqueda de métodos terapéuticos cuyo principal objetivo sea la reinserción de pacientes con enfermedades mentales a la sociedad, entendiendo las limitaciones propias de la enfermedad, con la finalidad de disminuir la tasa de institucionalización de los mismos.

La incursión de la investigación cualitativa permite la integración de las vivencias propias de los sujetos, la percepción del investigador y el entendimiento de la evolución psicopatológica en el individuo, por lo que debería ser profundizada en el ejercicio de saberes durante el proceso de aprendizaje médico. Incluso bajo una posición biologicista, es imperativo el conocimiento del contexto sociocultural y biográfico del paciente para la certeza diagnóstica y efectividad del tratamiento.

Todo esto implica, también, contar con una vigorosa política pública que favorezca la atención de la salud mental como una exigencia dentro del cumplimiento de la protección al ejercicio de los Derechos Humanos.

PALABRAS CLAVE

Análisis Cualitativo, Estigmatización, Psiquiatría, Reinserción.

REFERENCIAS (APA)

- Foucault, M. El gran encierro. En: Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Vol. 1. 2da ed. Paris: Gallimard; 1972. p. 36-59.
- Goffman, E. El mundo del interno. En: Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1ra ed. Nueva York: Doubleday & company Inc; 1961. p. 25-82
- González J. Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 1998. 19(5): 183-200 19(5), Disponible en https://www.psicoter.es/_arts/98_A155_02.pdf
- Barrio, V. Raíces y evolución del DSM. *Rev. de Historia de La Psicología*. [Internet]. 2009. 30(2-3): 81-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>
- González, A. Las clasificaciones psiquiátricas actuales y su relación con el estatus científico de la psiquiatría. *Norte de Salud Mental*, 2016. 13(54): 11-19. Disponible en: https://psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/lasclasificaciones-psiquiatricas-actuales-y-su-relacion-con-el-estatus-cientifico-dela-psiquiatria/
- Saha, S; Chant, D; Welham, J; McGrath, J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med*. [Internet]. 2005. 2 (5): 141. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15916472/>

Echeburúa, E. Vasco, P., Ehu, U. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología. Clínica Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. Rev. Terapia Psicológica, [Internet]. 2013. 32(1): 65–74. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100007.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2008 28(16): 43–83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004.

González, J. Hacia una epistemología de la sociogénesis de la enfermedad mental o los retorcidos hilos de las parcas, 2016. Universidad de Carabobo. Disponible en: https://psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/lasclasificaciones-psiquiatricas-actuales-y-su-relacion-con-el-estatus-cientifico-dela-psiquiatria/

Mora, J., Natera, G., Bautista, N., & Ortega, M. Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. Salud Mental, 2009. 38(1): 45–80. Disponible en: <https://www.fundacion-salt> <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/10/Estigma-publicoy-enfermedad-mental.pdf>.org/wp-content/

uploads/2018/10/Estigma-publico-yenfermedad-mental.pdf

Loinaz, I., Echeburúa, E., & Irureta, M. TRASTORNOS MENTALES COMO FACTOR DE RIESGO DE VICTIMIZACIÓN VIOLENTA. *Psicología Conductual*, 2011. 19(2): 421–438.

Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230597919_Trastornos_mentales_como_factor_de_riesgo_de_victimizacion_violenta

Jurado, A. M., Ángel, M., & Ortiz, C. Riesgo de Violencia y Trastorno Mental Aggression Risk and Mental Disorder. *Anuario de Psicología Jurídica*, 2011, 21(20-38), 69–81. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/jr2011v21a7>

Mebarak, M. Castro, A., Salamanca, M., Quintero, M. SALUD MENTAL: UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2009;(23):83-112. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311917006>

Guimón, J. La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los Derechos Humanos (segunda). Bilbao: Universidad de Deusto. 2004. P. 19-74

Chang, N. Ribot, V., Pérez V. Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2018;17(5):[aprox. 14 p.].

Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2415>

Rodríguez, A., Felipe, J., & Fernández, M. Rehabilitación e inserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar. *Intervención Psicosocial*, 1998. 7(1): 75– 96. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/pi/art/95f6870ff3dcd442254e334a9033d349>

Zuñiga, R. Riera, Y. Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista Facultad de Ciencias Médicas de Quito*, 2018. 43(1), 39– 45. Disponible en: http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1455

Luque, R. Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 2015. 18(3): 566–571. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004

Martínez, M. Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona. *Revista Latinoamericana*, 2012. 15(6): 1–18. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/4914>

Restrepo, D., & Jaramillo, J. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública Conceptions about mental health in the field of public health. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2012. 30(2): 202–211.

Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/pi/art/95f6870ff3dcd442254e334a9033d349>

IESM-OMS. (2015). Evaluación del sistema de salud mental en Ecuador. Quito. Disponible en: [https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf? ua=](https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=)

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Lecciones aprendidas en el período de confinamiento por la COVID 19 enfocados en el cuádruple rol de médico, paciente, madre-cuidadora y docente.

AUTORES

Mónica Elizabeth Valle Burbano

EMAIL DEL AUTOR

mvalleb@puce.edu.ec

FILIACIÓN

PUCE

OBJETIVO

Dar cuenta de cómo los eventos históricos y los cambios económicos, políticos y sociales, configuraron las vidas individuales en las familias ecuatorianas, a propósito de un caso, en la cual el principal hilo conductor fue el confinamiento por la pandemia de la COVID 19.

METODOLOGÍA

Esta narrativa personal se realizará bajo el encuadre teórico metodológico auto etnográfico. Es posible considerar a la autoetografía como un método alternativo cualitativo de las ciencias sociales que permite entender el significado de lo que la gente piensa, siente y hace” (Ellis, 2004: 68 mencionado por Blanco, 2012, p. 172),

ANTECEDENTES

En Ecuador, el 16 de marzo de 2020 el presidente de la República Lenin Moreno declara estado de excepción a nivel nacional, con el objetivo de detener la pandemia de la Covid-19 declarada por la OMS el 11 de marzo del 2020.

Se cierran los servicios públicos a excepción de los de salud, seguridad, servicios de riesgos, las tiendas de barrio, mercados, supermercados, bancos y servicios financieros, plataformas digitales de entrega a domicilio y todos los medios relacionados con telecomunicaciones, se suspende el trabajo presencial con implementación del teletrabajo del sector público y privado a partir del martes 17 de marzo. (Santillan Haro, 2020).

Se cumple una serie de medidas como la restricción de movilidad, distanciamiento social y el confinamiento mediante la cuarentena y el aislamiento, restricción de la movilidad del transporte público, de todas las actividades sociales, a imposibilidad de visitar familiares y amigos, de realizar deportes y otras actividades al aire libre, la suspensión de la actividad presencial escolar y algunas laborales en favor del trabajo a distancia.(Santillan Haro, 2020)

Esta nueva realidad a la que debimos adaptarnos generó una serie de efectos secundarios en los aspectos emocionales, psicológicos, sociales, económicos, poco abordados en los artículos publicados y no considerado en las políticas de promoción, prevención, control epidemiológico, y, aunque algunas manifestaciones psíquicas son respuestas transitorias esperadas dentro del proceso de duelo (pérdida de la salud, de las libertades, de los ingresos económicos, del contacto social entre las más importantes), sin embargo no debemos perder de vista un deterioro del estado de salud mental y de la funcionalidad familiar.

La crisis ha afectado ampliamente la economía y el mercado laboral, tanto en la oferta, producción de bienes y servicios; como en la demanda relacionado al consumo e inversión (Organización Internacional del trabajo, 2020). De manera muy directa, la pérdida de vidas humanas golpea al país en todo su territorio, con una incidencia muy especial en provincias como Guayas, Pichincha, Manabí y Los Ríos. Además, las debilidades estructurales del sistema sanitario llevaron a que el impacto sea mayor, y dificultó la respuesta a la crisis. (OCDE/Banco Mundial, 2020).

Relato

Los eventos ocurridos en el contexto de la crisis sanitaria de la Covid-19 en la vida de cada uno de nosotros, que ha alterado el sentido de la vida y los procesos simbólicos a nivel social en el año 2020 no son fáciles de relatar.

Soy médica familiar de 57 años de edad, divorciada 12 días antes de la declaratoria del estado de excepción a nivel nacional por la pandemia de la Covid-19.

Mi principal ocupación es la docencia desde hace 22 años de la Facultad de Medicina de una de las universidades privadas del país, con el proceso de confinamiento, tuve al igual que mis compañeros de trabajo, que trasladar las clases presenciales a la virtualidad, lo que inicialmente generó una serie de inquietudes e incertidumbres, con una gran inversión de tiempo en la estructuración virtual de la plataforma Moodle, fue un verdadero reto inclusive para los estudiantes, muchos de ellos tuvieron que contratar mejores servicios de conectividad para poder asistir a las clases, sin embargo la saturación de las redes hacía difícil mantener la calidad y continuidad de las sesiones por lo que se requerían la extensión de horas clases para poder cumplir con los objetivos de aprendizaje, pero este era uno sólo de los factores que impactaron negativamente en el proceso de la enseñanza y el aprendizaje; la convivencia 24/7 de los estudiantes en el seno familiar, en algunos de los estudiantes generó situaciones de mucho estrés ya que tuvieron que asumir roles de cuidadores de sus hermanos menores, apoyar en las actividades escolares de los mismos, quehaceres domésticos para aquellos grupos familiares en donde tuvieron el privilegio de conservar el trabajo de uno o ambos padres; en los grupos familiares en donde sus padres fueron despedidos, algunos de ellos monoparentales, se vivió un ambiente poco saludable, en su mayoría disfuncional en donde las discusiones entre los padres o madres e hijos y entre hermanos se convirtió en lo cotidiano, la preocupación por cubrir las necesidades básicas ponía en peligro el continuar con sus estudios por el costo del semestre, frente a esta situación sentí la obligación de dedicar tiempo para hacer tutorías de acompañamiento, permitiéndome conocer las realidades por las que atravesaban y a su vez pude identificar algunos casos de depresión y crisis de ansiedad que fueron referidos al especialista para su manejo.

Muchos hogares por la emergencia sanitaria han perdido gran parte de recursos económicos sin poder levantarse de la caída. Según el Ministerio de Trabajo desde que empezó la cuarentena hasta el mes de mayo existen 89 000 trabajadores que se han acogido a la suspensión de su jornada laboral por distintos motivos contemplados en la ley.

El desespero y la preocupación de las personas cabeza de familia hacen que sus integrantes vivan momentos difíciles y se creen entornos, muchas veces, hostiles. La vida laboral cambió radicalmente en la mayoría de los países a nivel mundial, provocando el cierre de empresas, reducción de personal, disminución de horas de trabajo y adaptándose a nuevas formas laborales (semipresencial, teletrabajo). A consecuencia de las medidas adoptadas por los gobiernos, se ha generado reducción en los ingresos y aumento del desempleo a nivel mundial. (OCDE, 2020)

En Ecuador el empleo según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC, en la encuesta ENEMDU, de diciembre 2019 a septiembre del 2020 disminuyó un 6%, el pleno empleo cayó un 20%, el subempleo se incrementó en 28% y el desempleo creció en 68%).(Vayas et al., 2020).

La institución para la que trabajo comunica oficialmente la reducción de la jornada en un 12,5% y que se mantiene actualmente y hasta enero del 2022 con una la reducción de la jornada laboral del 7,5%. Sin embargo, las actividades que se realizan en los procesos de la enseñanza y del aprendizaje virtual para la carrera de Medicina implica un arduo trabajo y que supera en mucho las horas de jornada laboral estipuladas

oficialmente. Esta disposición genera un estrés económico en mi familia, por varios compromisos de pago de préstamos previamente contraídos ¿Qué escenario nos espera a las mujeres en las esferas política, social, económica, de salud física, mental y emocional es esta pandemia/sindemia?

Ahora me enfocaré en el impacto emocional que experimenté en este período por las situaciones vividas dentro de mi familia, el temor a la infección, la incertidumbre del futuro, el aislamiento, la preocupación por padres ancianos y hermanos con comorbilidades que los coloca en grupos de riesgo para enfermedad grave en caso de que se infecten, mi propia vulnerabilidad al ser portadora de una cardiopatía.

Para este momento “se habían confirmado más de 1,3 millones de casos y se habían producido más de 65 mil fallecimientos por coronavirus en la región, siendo Brasil, México, Perú, Ecuador y Chile los países más afectados”.(UNESCO, 2020.).

Las estadísticas eran alarmantes especialmente en las ciudades de Guayaquil y Quito, los hospitales saturados de pacientes, salas de UCI con decenas de pacientes en lista de espera, compatriotas muriendo en las calles, amigos infectados.

El resultado de este estrés que en realidad me sobrepasó, exacerbó una fibrilación auricular que pensé superada después de una ablación cardíaca realizada en el 2018.

En ocasiones no es fácil darnos cuenta de que estamos soportando los efectos del estrés, hasta que comenzamos a experimentar cambios físicos, emocionales, dificultades para el control del pensamiento, mi vida se torna en un verdadero

caos, manteniéndome en pie para apoyar no sólo a mi familia sino también a los estudiantes como ya había comentado, a pacientes de una red emergente de telemedicina, cada uno de ellos con sus propios dramas, la convivencia de las parejas con sus familias 24 horas del día pusieron a flor de piel relaciones intrafamiliares que se encontraba solapadas, escondidas y en otros casos desconocidas para algunos integrantes, exacerbándose la violencia intrafamiliar.

Pese a que el Gobierno aprobó un protocolo de atención para víctimas de violencia de género que entró en vigor el 16 de marzo de 2020 y, en el marco del estado de excepción decretado por la COVID-19, dispuso que los sistemas de protección a la mujer sigan funcionando y las víctimas y sus familiares tengan a dónde acudir en el contexto de confinamiento, se evidenció este incremento a través de las llamadas de auxilio.

Es así que, en las tres primeras semanas de confinamiento, la Defensoría Pública, registró 1695 atenciones relacionadas con casos de violencia intrafamiliar, de los cuales, patrocinó 358. Por su parte, el Sistema Integrado de Seguridad ECU 911 en los primeros 15 días de confinamiento registró 518 llamadas de auxilio por casos de violencia de género y hasta el 17 de abril, constató 7954 llamadas relacionadas a casos de violencia contra la mujer y miembros del núcleo familiar, de las cuales, según la Secretaría de Derechos Humanos, solo el 10 % fueron atendidas. La mayoría de estas llamadas se concentró en Quito y Guayaquil, y dan a entender que aproximadamente 235 mujeres llaman por día para pedir apoyo ante la violencia de la cual son víctimas, que advierten que vivimos en un contexto hostil y de naturalización de la violencia contra las mujeres. (Zambrano & Ordoñez, 2020)

La Fiscalía General del Estado reportó que al 01 de mayo del 2020 se presentaron un total de 1040 denuncias relacionadas con violencia de género, e informó que la mayoría de casos son dentro de los hogares, siendo Guayas, Pichincha, Esmeraldas, Imbabura y Pastaza las provincias con mayor registro. De este número, entre el 16 de marzo y el 26 de abril, 163 casos corresponden a violencia física y 494 a violencia psicológica. Esta institución precisó que el año 2019 en fechas similares se habría recibido un total de 6589 denuncias, lo cual no debe interpretarse como una disminución de los delitos sino como un indicador de que en el contexto del confinamiento muchas víctimas no disponen de medios para realizar la denuncia, se encuentran impedidas para movilizarse hacia las instituciones respectivas o no pueden realizarla por motivos de seguridad al permanecer 24 horas con el agresor. (Zambrano & Ordoñez, 2020).

Lo mencionado, evidencia que las cifras reales de violencia de género pueden ser mayores a las presentadas lo cual indica que las respuestas que se generan por parte del Estado no son adecuadas para responder a la grave situación estructural de violencia que viven las mujeres y niñas.

En las tele consultas realizadas, escuché llorar como niños a padres que obligados a compartir las actividades domésticas, cuidado de los pequeños, acompañamiento en las tareas escolares, al poco tiempo, se sentían ofuscados, intolerantes; esposas que no soportaban la presencia de sus esposos dentro del hogar por tanto tiempo, niños y jóvenes absortos en el internet y víctimas del maltrato de los progenitores.

Uno de los casos que más me impacto fue el de una familia clase media baja con un hijo único de 18 años de edad con

una discapacidad del 90%, que en nuestro país de acuerdo al Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades está en el grupo del 5,85% correspondiente a discapacidad de 85 a 100% y 9,07% al grupo etario de 18 a 24 años elaborado en agosto 2121, siendo el sexo masculino el 52% (CONADIS, 2021).

Esta discapacidad en este joven fue el resultado de una asfixia perinatal severa, padre de ocupación taxista y la madre dedicada a tiempo completo al cuidado de su hijo, por acuerdo común decidieron no tener más hijos, el padre al compartir el cuidado del hijo entra en crisis de ansiedad al concientizar todo el tiempo y esfuerzo que requería el cuidado de su hijo, surgen sentimientos de incapacidad para asumir este rol, de dolor profundo al ver la calidad de vida del hijo, remordimiento por desear la muerte del joven para que no sufriera más. Mi salud mental estaba al límite y decidí referirlos a una institución pública a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social en donde tenía un contacto personal para garantizar su acompañamiento y no volvimos a tener contacto.

En nuestro país las personas con discapacidad constituyen un grupo prioritario de atención integral tendiente a mejorar su calidad de vida,(Yosela Verdugo et al., 2017).

En febrero de este año (2021), me veo enfrentada a un nuevo reto, mi hija es contagiada por la COVID 19, en su área laboral y 5 días más tarde mi hijo y yo dimos positivo, entramos en un segundo ciclo de angustia e incertidumbre.

Los días pasaban cada uno de nosotros luchando contra la fiebre, la astenia, el malestar general, el dolor generalizado,

y el aislamiento, la angustia de la familia extendida sin podernos apoyar físicamente, gracias a Dios superamos la enfermedad con aislamiento domiciliario y sin mayores complicaciones, pero fueron momentos difíciles, siempre con el fantasma que en cualquier momento alguno de nosotros requiriéramos manejo hospitalario en un sistema que se encontraba colapsado y con lista de espera para la terapia intensiva o para hospitalización.

Hoy hago un recorrido retrospectivo y miro la fortaleza del ser humano en general y de las mujeres en particular, quienes a pesar de mantenernos en una estructura social de patriarcado y por tanto a un sistema que nos coloca en una posición de vulnerabilidad tenemos la suficiente fortaleza para mantenernos en pie y mantener en pie la base social que es la familia.

Este relato lo dedico a todas las mujeres luchadoras que no se dejan vencer frente a las inequidades, a las adversidades, a las que luchan permanentemente por un hoy mejor y un mañana esperanzador.

CONCLUSIÓN

- A pesar de encontrarnos transitando en el siglo XXI, la situación de las mujeres no ha evolucionado a la par de nuestro desarrollo.
- En teoría, al salir del espacio doméstico al espacio público, a pesar de los múltiples niveles de crecimiento personal, formativo, profesional seguimos manteniendo dobles, triples, múltiples jornadas de trabajo en una sociedad eminente machista.

- Al igual que en el pasado se continúa vulnerando nuestros derechos.
- Las mujeres continuamos siendo las responsables del cuidado de los hijos, de la familia y por qué no decirlo de la sociedad. De acuerdo a la UNESCO (2020) las mujeres y niñas se ven especialmente afectadas por la pandemia. Las mujeres pasan tres veces más tiempo que los hombres haciendo trabajos domésticos y de cuidado no remunerados cada día.
- Estos escenarios deben ser visibilizados, puesto que las mujeres estamos expuestas a mayores niveles de sobrecarga de trabajo, estrés, vulnerabilidades, aspectos que impactan en la salud, la economía y son factores de riesgo para la violencia.
- Estos temas deben ser estudiados y debatidos para tomar medidas que permitan cumplir con los Objetivos Mundiales, que fueron establecidos en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Río de Janeiro en 2012 en donde uno de sus objetivos precisamente es conseguir la igualdad de género.

PALABRAS CLAVE

Confinamiento, COVID 19, derechos, rol docente, rol médico, rol madre-cuidadora, rol paciente, vulnerabilidad.

REFERENCIAS (APA)

- Aguilar Gómez, N. E., Hernández Soto, A. A., & Ibanes Gutiérrez, C. (2020). Características del SARS-CoV-2 y sus mecanismos de transmisión. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33(3). <https://doi.org/10.35366/95651>
- Blanco, M. (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios, Revista de Investigación Social*, 9(19). <https://doi.org/10.29092/uacm.v9i19.390>
- Díaz Pinzón, J. E. (2020). Predicción del COVID-19 a nivel mundial para el año 2021. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.01217372.1143> Asamblea Nacional. (2020). Ley Orgánica de Apoyo Humanitario. Registro Suplemento 229 de 22-Jun.-2020, 1– 13. <http://www.planificacion.gob.ec/zonas-districtos-y-circuitos/>
- Benard, S. (2019). Autoetnografía. Una metodología cualitativa (U. A. A. Calientes. & E. C. de S. L. AC. (eds.); Primera). https://www.academia.edu/41898929/Autoetnografia_Una_metodologia_cualitativa
- Blanco, M. (2012). ¿Autobiografía o autoetnografía? Desacatos. *Revista de Ciencias Sociales*, 0(38), 169–178. <https://doi.org/10.29340/38.278>

- Cardona-Arias, J. A., & Higueta-Gutiérrez, L. F. (2014). Revista cubana de salud pública. In Revista Cubana de Salud Pública (Vol. 40, Issue 2). Editorial Ciencias Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- CELAC. (2020). Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones | Repositorio Digital | Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 5. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45491/1/S2000300_es.pdf
- CONADIS. (2020). INFORME-INTERVENCION-CONADIS-PANDEMIA-COVID-19-AGOSTO-2020. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/04/INFORME-INTERVENCION-CONADISPANDEMIA-COVID-19-AGOSTO-2020.pdf>
- CONADIS. (2021). Estadística de discapacidades. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/#>
- De Sousa, B. (2000). Crítica de la Razón Indolente Volumen I Para Un Nuevo Sentido Común: La Ciencia, El Derecho Y La Política En La Transición Paradigmática. 481. http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/critica_de_la_razon_indolente.pdf
- Díaz Pinzón, J. E. (2020). Estudio de los resultados del contagio por COVID-19 a nivel mundial. Revista

Repertorio de Medicina y Cirugía, 65–71. <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.01217372.1089>

Ellis, C. y Bochner, A. (2000). Autoetnografía, narrativa personal, reflexividad: investigador como sujeto. In N. D. & Y. Lincoln (Ed.), *Handbook of Qualitative Research* (Segunda, pp. 733–768). Universidad del Sur de Florida.

Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2015). AUTOETNOGRAFÍA: UN PANORAMA. *Astrolabio*, 14, 249–273. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/11626>

Hayano, D. (1979, July 8). Autoetnografía: paradigmas, problemas y perspectivas en JSTOR. https://www.jstor.org/stable/44125560?readnow=1&refreqid=excelsior%3A451ccd777bf0760824725bbee80ae756&seq=4#page_scan_tab_contents

Herrera, F. (2020). COVID y violencia de género en la cuarentena. *#PerDebate*, 4(1), 18–43. <https://doi.org/10.18272/pd.v4i1.2016>

Iniesta, M. (2006). Historias de vida y Ciencias Sociales. Entrevista a Franco Ferrarotti. *Perifèria. Revista d'investigació i Formació En Antropologia*, 5(2), 1. <https://doi.org/10.5565/REV/PERIFERIA.162>

Montero Medina, D. C., Bolivar Guayacundo, M. O., Aguirre Encalada, L. M., & Moreno Estupiñán, A. M. (2020). Marco de la emergencia sanitaria por COVID-19

Intrafamily violence in the framework of sanitary emergency by. *CienciAmérica*, 9(2), 1–7.

MSP. (2016). Brecha de camas 2011 - 2016. 5.

OCDE, & Ecuador, U. E. en. (2020). Impacto social del COVID-19 en Ecuador: desafíos y respuestas. Ministerio de Economía y Finanzas, 23. [https://guyana.un.org/sites/default/files/2020-07/SG Policy brief COVID LAC %28English%29_10 July.pdf](https://guyana.un.org/sites/default/files/2020-07/SG_Policy_brief_COVID_LAC_%28English%29_10_July.pdf)

OCDE, O. para la C. y D. E. (2020). Impacto social del COVID-19 en Ecuador: desafíos y respuestas. *Making Development Happen*, 4, 1–21.

ONU. (2020). Ecuador | ONU Mujeres – América Latina y el Caribe. <https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/ecuador>

PNUD. (2019). Objetivos de Desarrollo Sostenible | El PNUD en Ecuador. ODS. <https://www.ec.undp.org/content/ecuador/es/home/sustainable-developmentgoals.html>

Regalado, A., Moya, L., & Solano, B. (2020). Nombre de la operación estadística Temática Dirección / Departamento Unidad Elaborado por: Revisado por: Aprobado por: Contacto: 1–15. [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/2018/Enero2018/01 ipc Presentacion_IPC_enero2018.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/2018/Enero2018/01_ipc_Presentacion_IPC_enero2018.pdf)

- Santillán Haro, A. (2020). CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN ECUADOR. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 3. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.99>
- UNESCO. (n.d.). Así avanza el cumplimiento de cada objetivo en la región, según el Índice ODS 2019 - CODS. UNESCO. Retrieved July 14, 2021, from <https://cods.uniandes.edu.co/asi-avanza-el-cumplimiento-de-cada-objetivo-en-la-region-segun-el-indice-ods-201>
- Vargas Villamizar, O. H., & Adames Navarrete, B. V. (2021). Igualdad de género: riesgos de la invisibilidad en tiempos del COVID-19. *Hojas de El Bosque*, 7(11). <https://doi.org/10.18270/heb.v7i11.2985>
- Vayas, T., Sánchez, A. M., Mayorga, F., & Freire, C. (2020). Población, empleo y desempleo en Ecuador. *Observatorio Económico y Social de Tungurahua*.
- Yosela Verdugo, Z., Torres Valdivieso, C. H., & González, J. E. (2017). Calidad de vida en personas con discapacidad grave y muy grave. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 4(1). <https://doi.org/10.14198/dcn.2017.4.1.03>
- Zambrano, P., & Ordoñez, M. (2020). Cuestionario : Covid-19 y el incremento de la violencia doméstica contra las mujeres. *Dirección Nacional de Administración Del Conocimiento*, 1–34. <http://200.107.13.139/bitstream/39000/2645/1/PE-131-DPE-2020.pdf>

Ellis, C., Adams, T., & Bochner, A. (2015). Autoetnografía: un panorama. *Astrolabio Nueva Época: Revista Digital Del Centro de Investigaciones y Estudios Sobre Cultura y Sociedad*, 0(14).

Montenegro González, C. (2014). Pedagogías en primera persona: Tejiendo una autoetnografía desde los aprendizajes de la tierra. *ISEES: Inclusión Social y Equidad En La Educación Superior*, 14

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Práticas Integrativas e Complementares Realizadas em uma Casa de Apoio para o Cuidado de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico.

AUTORES

Adriane Boff¹ Lucia Ceccato de Lima²

EMAIL DEL AUTOR

mestreenfadrianeboff@gmail.com

prof.lucia@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

1. Enfermeira. Mestre em Ambiente e Saúde pela Universidade do Planalto Catarinense –UNIPLAC – Brasil. Atua como enfermeira do Programa Saúde da Família.
2. Bióloga. Mestre em educação e Doutora em Engenharia Ambiental pela Universidade Federal de Santa Catarina UFSC- Brasil. Docente do Mestrado em Educação e do Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC – Brasil.

INTRODUCCIÓN

Os tratamentos oncológicos melhoraram muito nos últimos anos quanto à sobrevida dos pacientes, más a qualidade de vida dos mesmos durante o tratamento e as sequelas continuam causando muita dor física e emocional. É neste contexto que as práticas integrativas e complementares (PICs) podem contribuir. Muitos dos hospitais de referência para o tratamento de câncer no Brasil abriram também uma ala de medicina integrativa no setor da oncologia. Dentro desta perspectiva do acolhimento, além das PICs, outra forma de minimizar o sofrimento de quem busca tratamento para o câncer, é a existência de casas de apoio como espaço de continuidade do cuidado. Em Lages (SC) - Brasil, há a Casa de Apoio Colibri para pacientes em tratamento radioterápico.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi de compreender a percepção dos pacientes oncológicos submetidos à radioterapia a respeito da realização de práticas integrativas e complementares oferecidas na Casa de Apoio Colibri.

METODOLOGÍA

O método empregado neste estudo foi uma abordagem qualitativa, do tipo descritiva. Para coleta de dados foram utilizados pesquisa documental a respeito da casa de apoio; questionários foram aplicados junto a 3 profissionais voluntários e a 3 funcionários contratados; e roda de conversa que foi realizada com os 4 pacientes que se encontravam na casa de apoio no momento da realização da pesquisa. Esta roda de conversa foi fundamental para compreender a percepção dos pacientes oncológicos submetidos à radioterapia a respeito

da realização de práticas integrativas e complementares e compreensão desta modalidade de tratamento.

RESULTADOS

Como resultados da pesquisa os pacientes verbalizaram a melhoria de sua qualidade de vida que é retratada no alívio da dor, melhora do sono, sensação de calma, alívio da ansiedade e sentimento de acolhimento. Obteve-se relatos interessantes deixando claro que gostavam de realizar as práticas porque tinham bem - estar e não precisavam responder perguntas, pois não queriam falar. Na casa de apoio são oferecidas 4 práticas integrativas e complementares. Os profissionais voluntários manifestaram que a escolha por aplicar PICs em pacientes oncológicos é motivada por sentimentos altruístas, sua manifestação de amor e cuidados para com estes pacientes. Pode - se identificar, por meio dos profissionais contratados, que a rotina da casa de apoio, é pautada no acolhimento, cuidado, realização de atividades essenciais a minimização dos sintomas pós radioterapia. Todos os cuidados são articulados para o bem - estar dos pacientes.

CONCLUSIONES

Ao finalizar esta investigação o sentimento é de que ainda há muito o que fazer pelos pacientes que passam por experiências tão dolorosas em suas vidas. Toda ação que contribua com o bem - estar dos pacientes oncológicos é valorosa e devem ser incrementadas, apoiadas e realizadas desde o ambiente hospitalar tendo sua continuidade no ambiente familiar e ou casas de apoio. Projetos futuros de pesquisa poderão investigar individualizadamente os efeitos das PICs no auxílio a pacientes em tratamento de radioterapia e também aprofundar estudos na perspectiva da oncologia integrativa.

PALABRAS CLAVE

Casa de Apoio para pacientes e familiares. Cuidados de saúde. Pacientes. Práticas Integrativas e Complementares. Radioterapia.

REFERENCIAS

- Alvin, N. A. T., Pereira, L. M. V., Martins, P. A. F., Rohr, R. V., & Pereira, R. D. M. (2013). Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. *Escola Anna Nery*, 17(4), 646-653, out./dez.
- Brasil. (s. d.). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Instituto Nacional do Câncer – INCA. O que é Câncer. Recuperado de: <https://www.inca.gov.br/>.
- Brasil. (2006) Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 971, de 03 de maio de 2006: aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ABC do câncer 2012 – abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Triagem eletrônica.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com

Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas. Recuperado de: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agenciasaude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus/>.

Casa Colibri. (2013). Livro de documentos da fundação da casa. Lages (SC).

Dacall, M. P. O., & Silva, I. S. (2018). Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Revista Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 42(118), 724-735, jul./set.

Ferreira, P. C., Wakiuchi, J., Baldissera, V. D. A. & Sales, C. A. (2015). Sentimentos existenciais expreses por usuários da casa de apoio para pessoas com câncer. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), jan./mar.

Júnior. W. P. & Zanini, D. S. (2012). Pacientes em radioterapia: um estudo de coping. *Psicologia, Saúde & Doenças*,

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 13(2), 480-493.

Lima, J. F., Ceolin, S., Pinto, B. K., Zilmmmer, J. G. V., Muniz, R. M., & Schwartz, E. (2015). Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia. *Revista de Enfermagem*, 33(3), 372-380.

Minayo, M. C. S. (2011). *Introdução a metodologia científica*. São Paulo: Atlas.

Rennó, C. S. N. (2012). *Acolhimento na percepção de pacientes portadores de neoplasia em uma unidade de oncologia do Sul de Minas Gerais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Campinas – UNICAMP.

Siegel, P., & Barros, N. F. (2013). O que é a oncologia integrativa. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, 2(2).

Theobald, M. R., Santos, M. L., Andrade, S. M. O., De-Carli, A. D. (2016). Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26(4), 1249-1269.

Universidade de São Paulo – USP. (s. d.). *Introdução ao câncer*. Recuperado de: <http://eaulas.usp.br/portal/struts/video.action?idItem=6776>

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Viendo la enfermedad como un proceso total: itinerarios de la leucemia y el trasplante células durante la juventud en Bogotá, Colombia.

AUTORES

Jesús David Quiroga Monroy

EMAIL DEL AUTOR

Jesusquirogaun@gmail.com
Quiroga-jesus@javeriana.edu.co

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Javeriana

INTRODUCCIÓN

Ser diagnosticado con leucemia, particularmente durante la juventud, trae importantes consecuencias sobre la trayectoria vital. Si bien la ciencia biomédica ha generado complejos procedimientos para afrontar la enfermedad, la voz de las personas es indispensable para comprender lo que implica tener cáncer y ser sometido a tratamientos como la quimioterapia o el trasplante de células.

OBJETIVO

Comprender de qué manera padecer leucemia y ser trasplantado de CPH **atraviesa la experiencia vital de jóvenes y trasplantados, en Bogotá, D.C.**

METODOLOGÍA

Trabajo de corte cualitativo y de enfoque biográfico, se recogió la historia de vida de seis personas que fueron diagnosticadas con leucemia aguda durante su juventud y atravesaron por un trasplante de células como parte del tratamiento.

RESULTADOS

Se conectaron las historias de quien padeció con su contexto social. A través de los relatos fue posible comprender cómo se desarrolla el tránsito de las personas por sus padecimientos describiendo el proceso-salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) además de identificar los significados que estas personas atribuyen a su experiencia. La extensión de estos itinerarios difiere según escenarios ideales y reales de atención, como puede observarse en la imagen elaborada para este caso, donde el primer itinerario es ideal y el segundo el que sucede en realidad, a causa de retrasos ocasionados por el sistema de salud.

CONCLUSIONES

Entre las discusiones generadas por la investigación se encuentran un diálogo con los conceptos de itinerarios terapéuticos e itinerarios burocráticos, concluyendo que este último subordina al primero. Se encuentran además que todas las personas atraviesan por los mismos momentos, pero la extensión de estos depende de su posición social, además de su mecanismo de afiliación al sistema de salud colombiano.

PALABRAS CLAVE

Narrativas del padecer, Trasplante de células, proceso salud/enfermedad, cuidado, itinerarios burocráticos.

REFERENCIAS (APA)

- Alves, p. C. (2006b). A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócioantropológicos da doença: breve revisão crítica. In *cadernos de saúde pública* (vol. 22, issue 8, pp. 1547–1554). Escola nacional de saúde pública, fundação oswaldo cruz. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000800003>
- Abadía, C., & Oviedo, D. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86–102
- Bury, m. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of health and illness*, 13(4), 451–468. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x>
- Casado aijón, i. (2016). Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía. *Grafo working papers*, 5, 1–30. <https://doi.org/10.5565/rev/grafow.p.22>
- Jesus, l. K. R. De, & gonçalves, l. L. C. (2006). O cotidiano de adolescentes com leucemia: o significado da quimioterapia. *Rev. Enferm. Uerj*, 545–550.
- Quiroga Monroy, J. D (2021). Narrativas del padecer: cuando el cuerpo falla. *Relatos desde la adolescencia y la*

juventud frente a la leucemia, y el trasplante de células en Bogotá, Colombia.

Yepes Delgado, C. E., Giraldo Pineda, Á. de J., Botero Jaramillo, N., & Guevara Farías, J. C.

(2018). En búsqueda de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencias. *Hacia La Promoción de La Salud*, 23(1), 88–105. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1>.

MESA 3: NARRATIVAS Y EL SISTEMA

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Experiencia de profesionales de salud bajo presión en situaciones de vida o muerte

AUTORES

Zavala Calahorrano Alicia Mariferienda

EMAIL DEL AUTOR

azavala@pucesa.edu.ec

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato

OBJETIVO

Se realizó este trabajo para entender de mejor manera el experimentar presión durante el trabajo para los trabajadores de la salud.

CUERPO DEL TEXTO

Se realizó un estudio cualitativo, utilizando un marco de “teoría fundamentada” según los métodos descritos por Glaser (Strauss & Corbin, 1990) con las modificaciones indicadas por Layder (1993). Población con la que se trabajó fueron profesionales de la salud que se encontraban en diferentes contextos y que experimentaron situaciones de vida o muerte (Zavala - Calahorrano, 2021). ¿La pregunta de investigación estaba con relación a relatar como ha impactado la presión en su trabajo?

Este trabajo cataloga una amplia gama de presiones experimentadas por los participantes y traza las relaciones entre ellas. Se sostiene que, aunque a menudo se responsabiliza a los individuos de los errores cometidos en el lugar de trabajo, tanto la “presión” como el “rendimiento” son multifactoriales, ya que en ellos intervienen individuos, equipos, la complejidad de los casos, la experiencia y los sistemas organizativos, y es preciso tenerlos en cuenta para comprender mejor el rendimiento bajo presión.

CONCLUSIÓN

Esta metodología sustentó el desarrollo de modelos conceptuales nuevos y más significativos para la comprensión de los fenómenos y proporcionó una base sólida para el desarrollo de intervenciones efectivas y culturalmente apropiadas que pudieran ponerse a prueba (Zavala-Calahorrano et al., 2021, 2018).

PALABRAS CLAVE

Toma de decisiones, presión, vida, muerte, habilidades destrezas, entrenamiento constante

REFERENCIAS (APA)

- Layder, D. (1993). *New strategies in social research: An introduction and guide*. Polity Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research* (Vol. 15). Newbury Park, CA: Sage.
- Zavala-Calahorrano, A. M., Plummer, D., & Day, G. (2021). Building a Taxonomy to Understand Health Care Worker's Response to Workplace 'Pressure' in Complex, Volatile and Emergency Situations: <https://doi.org/10.1177/00469580211043646>, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1177/00469580211043646>
- Zavala, A. M., Day, G. E., Plummer, D., & Bamford-Wade, A. (2018). Decision-making under pressure: medical errors in uncertain and dynamic environments. *Australian Health Review*, 42(4), 395. <https://doi.org/10.1071/AH16088>

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Mujeres mayores saludables y sus prácticas de cuidado en salud recíprocas en sus comunidades: una estrategia de sobrevivencia al sistema.

AUTORES

Alondra Esmeralda Castillo Delgado

EMAIL DEL AUTOR

alondra.castillo@uv.cl

FILIACIÓN

Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile

INTRODUCCIÓN

Envejecer en Chile siendo mujer genera diversos escenarios de inequidad (OMS, 2015). Por una parte, Chile experimenta una transición demográfica acelerada, donde la mayoría de las mujeres mayores son autovalentes (MIDESO, 2015). Sin embargo, existen muy pocas políticas públicas destinadas a promover y/o mantener las condiciones saludables de esta población, pues gran parte de las acciones destinadas a la vejez, están pensadas con fines curativos, más que preventivos (Gajardo et al., 2020) y no consideran una perspectiva

de género. Por otra parte, las condiciones de desigualdad históricas que han vivenciado las mujeres mayores en Chile, genera que la experiencia de la vejez esté marcada por la carencia de recursos económicos e injusticias sociales que podrían no favorecen su propio cuidado en salud (Gálvez & Kremerman, 2020; OCDE, 2018).

OBJETIVO

En el marco de una investigación doctoral, se propone describir y caracterizar las prácticas para el propio cuidado en salud que realizan mujeres mayores saludables que viven en la ciudad de Santiago, para luego analizar y comprenderlas desde el marco de los determinantes sociales de la salud y la teoría feminista de la interseccionalidad.

METODOLOGÍA

Esta investigación cualitativa se realizó en base a los lineamientos de la Teoría Fundamentada Constructivista (Charmaz, 2014). Se trabajó a partir de datos verbales, construidos desde entrevistas biográficas – presenciales y online – que se realizaron entre marzo-2020 y marzo-2021 en diversas comunas de la ciudad de Santiago.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 18 mujeres mayores usuarias de FONASA, cuyas edades fluctuaron entre los 62 y 94 años. Todas ellas declararon presentar diversas condiciones crónicas, pero sentirse “sanas para su edad”. Ante la pregunta ¿qué hacen las mujeres mayores para cuidar su propia salud? se observa, a partir de los datos que las mujeres participantes de la investigación realizan, por una parte, prácticas para el cuidar

la propia vida de forma autónoma y, por otra, prácticas para cuidar la vida en común que tienen con otras personas, que son el foco de esta presentación. El cuidado de la vida en común implica tres ámbitos de acciones: 1) ellas cuidan de otros/as: apoyando en la enfermedad/soledad/tristeza, compartiendo lo que tienen y entregando afecto; 2) ellas reciben cuidados de otros/as: apoyo económico, apoyo logístico, cuidados en enfermedades y recibiendo afecto y 3) ellas participan en cuidados colectivos que involucran y favorecen a toda la comunidad. El cuidado de la vida en común se presenta muy claramente en barrios y/o territorios que construyen una vida comunitaria, donde se generan grupos que promueven una transformación social, que comparten una historia común y/o donde se reconocen como parte de un todo.

CONCLUSIONES

Las mujeres mayores saludables, mediante su propia agencia, se hacen parte del cuidado de la vida en común que tienen con otras personas. Este cuidado genera formas de cuidado recíprocas que permiten subsanar algunas esferas de inequidad que viven las mujeres en su vejez y que son parte de su curso de vida (Carrasco, 2016). El Estado debe mirar el cuidado de la salud en la vejez como una dimensión que va más allá de los servicios de salud, incorporando la vida en común que tienen las mujeres mayores con sus familiares, amigos/as y vecinos/as y promoviendo desde sus políticas intersectoriales, justicia social en la vejez.

PALABRAS CLAVE

Comunidad, mujer, salud, vejez.

REFERENCIAS (APA)

- Carrasco, M. C. (2016). Sostenibilidad de la vida y ceguera patriarcal. Una reflexión necesaria. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 1(1), 34–57. <https://doi.org/10.17979/arief.2016.1.1.1435>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (SAGE (ed.)).
- Gajardo, J., Moreno, X., Fuentes-García, A., Moraga, C., Briceño, C., & Cifuentes, D. (2020). Percepción usuaria de beneficios en salud del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. *Revista médica de Chile*, 148(3), 304–310. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000300304>
- Gálvez, R., & Kremerman, M. (2020). Pensiones bajo el mínimo. En *Estudios de la Fundación SOL*.
- MIDESO. (2015). *Encuesta de Caracterización Socio-económica (CASEN). Adultos Mayores: Síntesis de Resultados*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1944.tb03868.x>
- OCDE. (2018). *Estudios Económicos de la OCDE: CHILE*.
- OMS. (2015). *Informe Mundial Sobre: El Envejecimiento y la Salud*. Organización Mundial de la Salud.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Las brigadas médicas en las protestas de octubre: nuestros jóvenes “somos una zona de paz”.

AUTORA

Dolores Esperanza Arévalo Castillo

EMAIL DEL AUTOR

darevalo@puce.edu.ec

FILIACIÓN

Médica docente de pregrado y postgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).

OBJETIVO

La idea de esta narrativa es reflexionar sobre la violencia sistémica étnica como un fenómeno social y el papel de los jóvenes en el cuidado de la vida de los indígenas desde la mirada de una docente.

CUERPO DEL TEXTO

En esta oportunidad describo el papel de los jóvenes en el paro, lo hago luego de revisar por enésima vez fotos, videos guardados, cada vez que los miro siento la angustia de esos

días, fueron días muy difíciles, y después de todo este tiempo en el país es como si nada hubiera pasado, los recuerdos poco a poco se están borrando de la memoria, lo que queda es esa sensación de impotencia ante la injusticia. El papel de la PUCE similar a las de otras universidades fue el de acogida, hospedaje, atención médica y acompañamiento a las comunidades indígenas que se trasladaron a Quito, estas jornadas de movilización tuvieron sin lugar a duda su mayor impacto en la capital, y han sido consideradas una de las más violentas registradas en este siglo (Sierra, 2020) La PUCE se preparó para la llegada de los indígenas desde el 7 de octubre (Ponce, 2020), el 8 un comunicado a cargo de la Pastoral informa que se apoyara a los indígenas que colaboran con Vinculación con la Colectividad. A las 8:34 con Santiago se conforma el grupo de apoyo en salud, se inicia la atención con los egresados y residentes del postgrado de Medicina de Familia de la PUCE de Conocoto que atendieron a mi llamada. Ese mismo día a través de las redes sociales se sumaron jóvenes estudiantes y egresados de las facultades de enfermería, rehabilitación, medicina, psicología, nutrición, sociología, así como docentes.... En estas jornadas más allá de lo biomédico mi reconocimiento a estos valientes jóvenes a los Milenas, Danieles, Andreses, Mateos, Tamaras, Marios, Carlos, que se congregaron para ser voluntarios, nuestros “desobedientes” que no pararon jamás, distribuyeron insumos y materiales médicos, los atendieron y acompañaron en las marchas, sus testimonios llegaron a todo el país, ... “tanto el 11 como el 12 de Octubre fueron catastróficos vimos a muchos manifestantes gravemente heridos: habían perdido sus ojos, marcas de perdigones en el cuerpo, fracturas de huesos, además, de intoxicados por bombas lacrimógenas”, “Al regresar a la Católica, entrada ya la noche, nos

solicitaron una camilla, al parecer un manifestante se encontraba inconsciente, con signos vitales muy inestables y con evidente fractura de cráneo. No tenía un buen pronóstico, lo llevamos al Hospital Eugenio Espejo para ser atendido...”, “Llevábamos en las mochilas instrumentos y medicamentos para atención primaria, nos vestíamos con y una bandera por delante y salíamos a atender a los heridos. La gente nos ayudaba facilitándonos el trabajo y nos proporcionaba alimento para pasar esos días tan cansados” “En la tarde, aproximadamente a las 6:00 pm del día 12 de octubre, los manifestantes se resguardaron en la entrada de la Universidad y las fuerzas policías avanzaron hacia la zona humanitaria para reprimir, lanzaron bombas a escasos metros de las instituciones. Se respiraba gas lacrimógeno adentro de la universidad. Con las brigadas, y demás voluntarios, pusimos a la gente adentro del coliseo y salimos al frente de la calle 12 de octubre para impedir el paso a la fuerza policial” (Arevalo, 2020) Foto 1 Foto: En la esquina de la universidad aproximadamente cerca de 130 policías y escuderos y más unos 200 manifestantes, valientes estudiantes, exalumnos crearon dos filas con pancartas que decían zona de paz y acogida humanitaria y se evitó sin lugar a duda un enfrentamiento y muerte pues teníamos alojados aproximadamente a 1300 indígenas. Nuestros jóvenes estudiantes se dieron cuenta que somos iguales en derechos, pero con desiguales oportunidades para ejercerlos. La pregunta que me viene a la mente es, pero ¿quiénes son los indígenas ecuatorianos? Sin lugar a dudas son parte de nuestra sociedad luego de siglos de esclavitud, marginación, pobreza y violación de sus derechos que se remonta a 1830, conviven en un espacio intersticial con otras minorías, todos estos grupos son nuestra identidad y están en peligro sino afrontamos asuntos difíciles como la injusticia, el racismo,

la xenofobia, tenemos un sistema judicial que trata mucho mejor si eres rico y culpable, que si eres pobre e inocente, no es la culpabilidad la que condiciona los resultados, de igual manera tenemos un sistema de salud para pobres pues son los sectores marginados los que carecen de profesionales de salud, tienen pocos recursos, insumos, medicamentos, una terrible brecha que no se puede disminuir y que cayó de manera abismal con Moreno, sin embargo estamos cómodos con esto, tenemos un impresionante silencio. Una segunda interrogante es ¿porque llegamos a esto? ¿porque el nivel de violencia? La respuesta por una política del miedo y retaliación de nuestra historia que nos ha hecho pensar que estos no son nuestros problemas, se nos está diciendo que las personas tienen derecho a morir por protestar, porque son vagos, sucios, pobres, indios, negros, gays de alguna manera nos aislamos del problema. Crecimos como nación bajo la opresión, la segregación racial la desigualdad que hace que choquemos unos con otros sin un proceso de verdad y reconciliación.

Comunidad de jóvenes valerosa, humana que nos enseñó que la dignidad básica en cada ser humano debe ser respetada, lo opuesto a la pobreza es la justicia, en este país nos falta eso justicia. No podemos ser verdaderamente humanos si no nos preocupamos por los derechos humanos, la dignidad e igualdad, nuestra supervivencia sin lugar a duda está ligada a la de los demás.

CONCLUSIÓN

¡¡¡Las razas son una construcción social!!!

PALABRAS CLAVE

La PUCE, los indígenas, los jóvenes, protestas de octubre, zona de paz.

REFERENCIAS (APA)

- Arevalo, E. (2020). Somos una zona de paz y solidaridad. En A. D. Natalia Sierra, *La voz de octubre* (pág. 153). Quito: Centro de publicaciones PUCE.
- Ponce, F. (2020). La irrupción de los pobres: algunas lecciones. En A. D. Natalia Sierra, *La voz de octubre* (pág. 19). Quito: Centro de publicaciones PUCE.
- Sierra Natalia, Delgado Alejandra. (2020). *La voz de octubre*. Quito: Centro de publicaciones PUCE

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Relato: La Peste y las Mil Plagas

AUTORA

Mishell Aracely Palacios Torres

EMAIL DEL AUTOR

mishellpalaciostorres@gmail.com

FILIACIÓN

Exalumna PUCE

Era un martes por la mañana, miraba la ventana; pero, el espesor de la neblina difícilmente me permitía ver tras las rejas, los rostros desconsolados reclamaban una pequeña señal de esperanza. ¡Por favor!, escuche; díganme que mi papá, mi mamá y mi hijo no están muertos, imploraban. Ellos rezaban el rosario, se ponían de rodillas, ¿Padre, por qué nos has abandonado? Solo pensar, en que quizá el día de mañana podría ser yo la que estaría al otro lado de las rejas, junto a ellos, me estremecía la piel. Yo cerré los ojos, y un poco somnolienta, después de tres días sin dormir; volví al pasillo; hay que seguir trabajando, mis pacientes me esperan.

Al caminar por el pasillo, sentía el sudor recorrer mi cuerpo; ya no podía aguantar ese traje gigante que me cubría desde la cabeza hasta los pies, ni un solo segundo más. La mascarilla difícilmente me permitía respirar, tenía un plástico que me cubría toda la cara que no me dejaba ver y los guantes me aislaban de todo sentimiento ajeno. Mi cuerpo, mi alma, mi corazón querían salir corriendo; “contaba del uno al tres, del uno al mil; respira profundo, respira, tú puedes” me decía a mí misma una y otra vez. Ni en la pesadilla más horrible me imagine tener que caminar como astronauta en el hospital; y ver, como tantas personas mueren. En realidad, ni hasta en el final de mis días podré olvidar que tuve que negarle los insumos a un abuelito y que se los di a una mujer más joven que tendría más posibilidades de sobrevivir a “la peste”. Él abuelito de alguien murió, él pudo haber sido mi abuelo, pensaba, y me partía terriblemente el corazón. Me eduque para salvar vidas, no para decidir quien vive y quien muere; pero, ahora soy juez y verdugo, ahora el monstruo soy yo.

La mujer joven, tenía mi edad y el cabello negro igual que yo; inicialmente estaba pálida, pero, con el oxígeno su piel se veía tersa y rosada. Con la respiración poco profunda me conto como se contagió con la peste, primero fue su mamá que murió la semana pasada, después fue su papá. ¡Que sorpresas te da la vida!, me dijo, este año planeaba conocer China, hoy ya no se si saldré del hospital, ¡doctora, por favor, no me deje morir! En las siguientes horas, se puso cada vez peor, le tome de la mano, y aunque estaba muy somnolienta, yo le repetía una y otra vez, ¡lucha por tu vida, no te vayas! Pese a que hice mi mejor esfuerzo, al igual que mis compañeros, vi como de su boca se desprendió el último aliento. Yo, sabía lo que eso significaba, si tenía suerte y encontraba el número

de algún familiar, llamaba y le decía que lo habíamos hecho todo, pero, que no funciona. Inicialmente había un silencio rotundo, después escuchabas como se negaban a creer que fuera así y por último escuchabas los alaridos de sufrimiento y desconsolación. Pero, no siempre era así; a veces, no tenías números de a quien llamar y sabías que pronto llegarían los guardianes de la muerte, que empacarían el cuerpo en una funda de basura gigante, y que lo dejarían en el container del parqueadero, hasta que alguien venga a reclamar el cuerpo o se descomponga en la fosa común. Pensar en eso, me causaba repugnancia, sentía la náusea recorrer mi cuerpo, me enfermaba.

¿Hasta cuándo voy a seguir haciendo esto? ¿Cuándo va a acabar este tormento? Me preguntaba. Durante el día, veía unas cien veces el reloj y a la hora de salida me arrastraba con mis últimas ganas de vivir hasta la ducha. Yo debí ser muy prolija, un mal movimiento quitándome el equipo de protección me puede costar la vida, a mi o a cualquiera de mi familia, y eso no lo iba soportar. Hace días, uno de mis compañeros se suicidó, la idea de haber llevado la peste del trabajo a la casa y que eso le costó la vida de sus padres y hermano menor, lo llevo hasta la locura...

De camino a la casa, las calles y esquinas que en otras épocas estaban llenas de carros y mendigos; hoy ausentes, exigían los pasos de los transeúntes. Las plazas, reclamaban la alegría de los días festivos. Y los cuerpos, los cuerpos añoraban un abrazo fuerte, una muestra de cariño, como en los días que ahora parecían tan distantes, tan lejanos, tan ausentes. Al llegar a la casa recordaba los abrazos de mi mamá en mis días malos; ahora desde lo más lejano le gritaba que estaba bien, que no se acercara a mí.

Una y otra vez intentaba entender ¿Cómo hemos llegado hasta aquí? En realidad, no es la primera vez que la peste azota la humanidad; y es más que seguro, que tampoco será la última. En el año 541 dC la denominada “Plaga del Justiniano”, prácticamente arrasó con Constantinopla. Tal es el caso, que se expandió a lo largo del mundo para matar aproximadamente a 40 millones de personas, creando el hito de la primera gran pandemia del mundo y marco el fin del imperio romano. Desde aquel entonces la peste vuelve cada cuanto, para diezmar la población, para sanar, o mejor dicho revelar la podredumbre humana. Porque, en el “Siglo de la tecnología” hemos visto a los científicos trabajar para crear robots que se parezcan a los humanos; pero, nadie se ha preocupado en trabajar en la humanidad. Porque, cuando creímos que el sufrimiento colectivo nos uniría, pronto supimos que no sería así.

El sufrimiento que la peste nos causó atacó a todos por igual; por primera vez vimos como ricos y pobres sentían la misma impotencia, el mismo dolor. Por primera vez, vimos como los que tenían el poder ya no se sentían tan poderosos, tan intocables, tan indestructibles y eran igual de frágiles y susceptibles como “los otros”. Pero más temprano que tarde supimos, que no es lo mismo comer langosta a comer miseria; porque no es lo mismo tener la alacena repleta de reservas, a tener que colgar una bandera roja en la puerta. Y aunque muchos vociferaban “¡éntrate a tu casa, todos queremos salir, pero hay que quedarnos en casa!”. Pocos, fueron los que realmente entendieron que más de la mitad de la población no tienen la misma suerte, y qué, ¡si no se trabaja, no se come!

Es que, para algunos, vivir en la calle, bajo el frío no es familiar. Como es inconcebible pensar que hay personas que

no tengan agua potable o alcantarillado. Muchos no saben, que en la lejanía de sus realidades la gente toma agua de pozo y se baña con agua de río o de lluvia. Quizá, no saben que a muchas mujeres aún les pega el marido; y que, con los brazos y ojos morados se levantan todos los días a seguir trabajando ¿Por qué, si no de que se vive? Quizá, desde la comodidad de sus casas, no han visto ni en sueños las casas de madera de un solo cuarto, sin baño, donde viven cinco, diez personas.

Acostada en mi cama, una noche más, doy mil vueltas; el insomnio y mis pensamientos me atormentan. Esta no es la primera vez que los ecuatorianos lloran arrodillados tras las rejas, hace ya años, en las peores crisis económicas del país, lloraban a las afueras del aeropuerto al ver a los aviones despegar; con ninguna certeza y muchas dudas del día que volverían a ver a sus seres queridos. Y en aquel entonces, al igual que ahora; los mismos ladrones de siempre, hacen negocio del sufrimiento ajeno. He llegado a la conclusión de que hay algo más grave que la peste, y son las mil plagas que ha habido desde el inicio de la humanidad, que son la avaricia, la mezquindad y la miseria. La peste daña el cuerpo, pero las mil plagas el alma.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

P: ¿Cómo se conversa un sistema de salud propio intercultural con esa estructura dura del sistema de salud hegemónico?

R: Ese es un cuestionamiento muy válido en términos de la oportunidad de la construcción, porque la idea y en el diálogo con quienes intervinieron también en el modelo plantea que para ellos también la propuesta o la posibilidad de conversar dentro del sistema lo daba primero la identificación y el reconocimiento del saber entre ambos modelos. Entre el modelo particular y el modelo hegemónico de la medicina y el modelo tradicional de la medicina. A partir de ese reconocimiento se genera también un respeto entre el saber y a partir de ese reconocer y saber iba el otro proceso que fue la identificación de esa voluntad desde las comunidades para intervenir en el modelo y la forma que ellos querían y harían posible la atención como recordamos en el análisis de la propuesta no es pensar el modelo el cual vaya a antepo-nerse sobre el otro y que se considere una competencia de modelos sino es una complementariedad de modelos ahí es importante el trabajo que es desde la misma base, desde las autoridades y desde el modelo en términos de las autoridades de reglamentación del sistema permitan la inclusión de estas nuevas alternativas eso es clave en la posibilidad de intervenir porque si se piensa desde la estructura de avasallar al otro los modelos no funcionan. Aquí la propuesta se basó en la comunicación doble vía y en el reconocimiento de cada uno de los actores.

P: ¿Cómo conciliar el ordenador curso de vida con las dinámicas propias de grupos étnicos en la gestión del proceso de salud?

R: En las entrevistas que hice intenté trabajar con personas de pueblos ancestrales tuve una sola entrevista con una persona descendiente de ellos, pero recuerden esto se hizo en Santiago una ciudad completamente urbana entonces, aunque hay descendientes no pude entrevistar grandemente a población descendiente de pueblos originarios por lo tanto no tengo una respuesta desde la investigación misma. Tengo una respuesta desde la teoría de determinación social de la salud digamos que se cruzan como todos estos casos y eso es lo interesante de trabajar no desde determinantes sino desde determinación social de la salud el cruce de todos estos determinantes en los cuerpos y las historias de las personas, es decir, las personas no son solo indígenas no son solo mujeres no son sólo pobres sino combinación de todo eso en un tiempo y lugar determinado y eso es lo que influye sobre la calidad de la atención, eso es lo que es tan importante que se reconozca como un factor en la relación que se establece con los servicios de salud pero así como una respuesta específica esa persona estaba metida en el pensamiento médico occidental digamos salvo que reconocía tener mayores conocimientos sobre herbolaria ahí digamos contó largamente sobre todos los conocimientos de herbolaria descendientes de mapuche de pueblo originarios mapuche, pero como un aspecto más bien técnico. En Chile, hay un apartado para servicios de medicina alternativa que va desde flores de Bach hasta fitomedicina en todos los centros de salud es utilizado, pero es mirado con cierto recelo.

P: ¿Cuál es el grado de comunicación e interacción entre los hospitales de primer nivel y hospitales especializados en relación con los planes de cuidado y seguimientos a estos “chiquititos” que son remitidos?

R: La comunicación entre los diferentes niveles de atención pues se da mediante el sistema de contrarreferencia una vez resuelta la patología del neonato pues se realiza la contrarreferencia al menor nivel de atención y pues lo siguen mediante consulta externa. Lastimosamente en el Ecuador no hay sistema de conexión de conexión directa, es decir que por ejemplo el hospital de especialidad una vez contra refiere al paciente no tiene seguimiento de esto. Entonces el control por consulta externa se queda en el primer nivel de atención.

P: ¿Qué alternativas discursivas se plantean en términos de la asunción de la interculturalidad en los sistemas de salud y cómo logramos ese acercamiento si somos culturas diferentes? ¿El respeto es suficiente?

R: En este momento así, es preciso decir que la interculturalidad se muestra como la mejor alternativa, la cuestión es realizar una relación más amplia con todos los grupos humanos que quieran interactuar en los grupos de convergencia intercultural. En Ecuador y Bolivia se están utilizando los discursos que tienen diferentes orígenes semióticos, pero que en esencia significan lo mismo. En Ecuador, utilizan el Yame Kauwsay y en Bolivia se traduce como el buen vivir. El buen vivir plantea una coexistencia armónica entre todos los agentes culturales que cohabitan en un mismo ecosistema en esencia eso es de lo que trata el discurso intercultural, el problema es que nosotros pertenecemos a estados nacionales

donde las fuerzas no son simétricas porque cuando nosotros pertenecemos a las colonias vivíamos bajo el mandato de los virreyes, después de los virreyes se fueron y quedaron los criollos al control de todo, entonces nosotros hemos sido gobernados durante generaciones por los descendientes de esos criollos salvo algunas excepciones, pero nos hemos dado cuenta que terminan ejerciendo el mismo tipo de poder y control donde se reduce al otro. Nuestra sociedad se vuelve cada vez más sensible a estos aspectos sociales y lo que debemos hacer es continuar con ese diálogo cada vez conseguir más simpatizantes para generar relaciones biológicas más acordes y más armoniosas con todas las personas que nos rodean porque en algún sentido todos somos ajenos a estas tierras salvo las particularidades de los nativos que se encuentran organizados como tal, pero todo los demás somos migrantes. La cuestión es que sepamos que no somos dueños de esto y que somos simplemente huéspedes y que cohabitamos de una forma armónica los unos con los otros. Con el paso de las generaciones yo me doy cuenta de que hay una mayor sensibilidad a nivel social.

La cuestión es que depende a qué nivel de respeto estemos trabajando nosotros, porque si se trata de aceptar lo que el otro dice por el simple hecho de no generar molestia, sería como medio hipócrita considero yo, nosotros no tenemos que creer en todo lo que las otras personas nos dicen, pero si al menos aceptar que en sus palabras puede haber un grado de certeza no ponerlo facto como una barbaridad o una estupidez.

P: Se ha intentado por muchos años disminuir la morbilidad neonatal ¿cómo podemos lograrlo definitivamente?

R: Lograr definitivamente la disminución de la mortalidad neonatal es uno de los desafíos más importantes del Ecuador, pero el hecho de solo mejorar el transporte neonatal ayudaría mucho a disminuir la morbilidad, ya que como vimos hace un momento la mayoría de pacientes eran prematuros y esta es una de las primeras causas de morbilidad en los niños, entonces a nosotros tener un niño prematuro que nace en un subcentro de salud y que no tenga los equipos suficientes para poderlo atender y llevarlo de una buena manera y adecuada hacia un tercer nivel de atención ya disminuye la morbilidad, solo tener un equipo adecuado ya disminuye la morbilidad. Ese sería uno de los grandes desafíos que quisiéramos tener todos a nivel del todo país para que puedan transportar mejor a los niños sería mejorar el transporte neonatal es lo que nosotros notamos que puede ayudar a disminuir la mortalidad

P: ¿En el centro histórico de la ciudad de Quito es fácil notar un grupo de personas en situación de calle que evidentemente tienen un problema psicológico, mi pregunta es bajo la actual situación del país del 1-5 qué prioridad le daría al análisis y rescate de estas personas si fuera una funcionaria pública y segundo cuál considera que debería ser el rol de la sociedad ante esta situación?

R: Primero que no todas las personas que están en situación de calle tienen algún problema psicológico, como les mencioné es importante no patologizar todas las formas de ser de las

personas, sin embargo, si hay un buen porcentaje que han quedado en situación de calle, justo por esta marginación que les decía considero que si es una prioridad por lo menos uno o dos a nivel del país si se sigue dejando a estas personas de un lado lo que se hace es dar cabida a que existan un mayor número de personas que lleguen a esta situación de pobreza y marginación. Considero si es necesario el rol de todo el estado porque si no se llega a concientizar la necesidad de integrar a las personas a la sociedad, pues solamente trabajando con un sector privilegiado con personas normales frente a esta situación es necesario que la sociedad entienda que muchas de estas personas no han elegido estar en esa situación de calle y segundo que muchas de estas personas tampoco entienden el nivel de riesgo que padecen. Entonces, más que una cosa solamente de salud pública es interdisciplinario en esta cuestión tiene que trabajar el MIES, el ministerio de finanzas y trabajo porque no es solo una situación mental.

P: ¿Después de encontrarse maravillosamente a uno mismo en un cuádruple rol como plantearía la vinculación de procesos de humanización en los servicios de salud?

R: El rol que cumplimos las mujeres dentro del proceso formativo empezando por casa me parece que debe jugar un rol fundamental cuando nosotros estamos educando de manera equitativa, creo que damos un gran paso al nivel de instituciones de salud igualmente dentro de la atención médica que debemos dar a nuestros pacientes debemos dar un enfoque integral un enfoque holístico no solamente en lo biológico. Cada reunión con el paciente es una gran oportunidad para que en el plano educativo que tenemos con el paciente abordemos estos temas saquemos de la caja de

los recuerdos estos aspectos para conversarlos, para ponerlos sobre la mesa de discusión de análisis y de concientización que nos permita en cada uno de nuestros espacios podemos ir formulando conciencia para que cada persona pueda ir participando de un mejor relacionamiento de una forma equitativa. Entonces es multisistémico, desde la salud creo que podemos cumplir un rol fundamental.

P: ¿Esas trayectorias de salud enfermedad dolor espera salud muerte son extrapolables a otras enfermedades y terapéuticas clínicas?

R: Yo considero que son extrapolables, más que al tipo de enfermedad creo que es pertinente usar este marco conceptual cuando es el sistema de salud quien obstaculiza el desarrollo de la atención y el desarrollo de los tratamientos. Cuando hay un papel del sistema que obstaculiza el acceso a tratamientos o procedimientos es pertinente usar este marco.

P: ¿Qué estrategia se debe asumir desde instituciones de salud para cuidar y proteger a los profesionales de la salud desde el punto de vista de su salud mental y de su estabilidad emocional?

R: El estudio fue realizado en varios lugares del mundo donde se evidenciaron pandemias, epidemias, tifones, terremotos, y en esos lugares se observó que todos los profesionales de la salud necesitan una protección en las instalaciones sanitarias, por que al ser parte activa del sistema los médicos también necesitan protección que va encaminada a mantener la salud mental y mantener la integridad como seres humanos, el

hecho de recordar que al salir del hospital, del consultorio de la casa podemos llevar con nosotros las penas las tristezas de todo lo que ha ocurrido de ahí que el trabajo en equipo que se debe realizar es muy importante el acompañamiento a los profesionales y crecimiento de su carrera profesional desde sus inicios, hasta el poder dedicarse a formar al resto de profesionales, el caso de Michelle que está contando su historia durante la pandemia que muchos médicos vivimos la soledad la desinformación, la desesperación de vivir un momento triste viendo al rededor solo tristeza muerte teniendo que escoger a quien voy a dar la posibilidad de continuar con vida solo por el hecho de tener unos años más o unos años menos donde queda el derecho de todos esto es algo que nos ha golpeado a todos

Los sistemas de salud deben entender que no manejan robots que manejan humanos como todos los que estamos aquí presentes, debido a que todos tenemos el mismo trato y cuidado.

P: ¿Podría describir como se realizó el proceso la coordinación de atención de la población indígena tanto en la PUCE como en los alrededores de la Casa de la Cultura?

R: fue espontáneo, no hubo planificación previa cuando se sumaron los estudiantes y fue creciendo el voluntariado, pero hubo un grupo en especial que son las “*támaras*” un grupo de personas que formaron equipos y se convirtieron en brigadas móviles. Nosotros tuvimos como 7 brigadas móviles que acompañaban a los indígenas por diferentes rutas y teníamos como protección una bandera blanca que se construyó con

camisetas que nos donaron y palos que encontramos esa era nuestra protección y me parece interesante como mantener la atención cuando las bombas caen sobre ti y la gente cae, era para algo que no estábamos preparados, cuando iba camino a la universidad iba revisando que hacer porque años luz que no estoy en una manifestación lo único que encontramos fue bicarbonato, vinagre y mascarillas de telas proporcionados, los videos son de los chicos que acompañaron a las brigadas y en la universidad estábamos protegidos, pero sentíamos angustia por los chicos que se movilizaron puesto que era una gran responsabilidad cada vez que recuerdo y miro las imágenes me afecta, ya que recuerdo que los indígenas solo llevaban un palo con sus cosas en forma de maleta y cuerno para llamarse

Y tú les vez alegres y cuando llegaban lloraban puesto que muchas personas que fueron no regresaban niños, que no regresaron y esas estadísticas no aparecen en ningún lado solo son niños solo son mujeres, adultos mayores, lo único que apareció en noticias fue la pérdida del país en millones de dólares y nunca aparecieron las personas que perdimos, y ahora seguimos en manifestaciones con el país en crisis y los compromisos no cumplidos.

P: ¿Cómo apoyar desde las instituciones estatales la vinculación de los procesos de cuidado desde una perspectiva humanista, social y cultural de una manera sostenida

R: yo me defino desde mi feminismo que es un feminismo autónomo, muchas veces las instituciones por un bien común que es mayor pierden estas subjetividades, se diluye,

siempre sospecho de las instituciones sin embargo desde una perspectiva territorial acá en Chile hay estrategias para resolver el problema emergentes desde las propias comunidades porque les hace sentido.

Asumo que es estado ponga la práctica para realizar, acá en Chile una estrategia estatal fue enviar cajas de alimentos a casas que demoraron 3-4 veces en llegar que costaron más el transporte de las cajas que el costo de las mismas, porque mejor no depositaron el dinero para comprar a la gente al vecino huevos, tomate a la vecina, leche al señor de la tienda, es por esto que las practicas sanitarias no tienen el asidero no leen el territorio, una herramienta es tener la disposición de leer que pasa en el territorio pero desde las instituciones la ruta más eficiente rompe con la subjetividad y nos pone como un grupo humano compacto

P: ¿Cómo vincular la narrativa de manera sistemática en los procesos de formación de los profesionales de la salud?

R: La literatura es parte del arte y aunque quizá para muchos, que somos persona de ciencia no toman la verdadera importancia que tiene el arte, cuando como chiquitos nos mandan a trazar cosas, dibujar, se aprende las cosas cantando, prácticamente todo lo que sabemos ahora es el arte, uno debe aprender a manejar lo que sabe a través del arte, para evitar agobiarnos porque es mucho lo que debemos aprender y mucho lo que debemos saber, si aprendemos a través del arte aprendemos mejor y disfrutamos más de lo que hacemos.

P: Fue claro el papel de todo aquel que se hace llamar personal de salud ante situaciones tan graves, como estudiante y ciudadano reconozco si pudiera decirle algo a los estudiantes que brindaran salud en 4 o 5 años que puedan pasar por algo similar o peor ¿Qué mensaje les dejaría?

R: cada uno de nosotros en los espacios podemos hacer la diferencia, reconociendo que existe desigualdad y cuando existe violencia se genera violencia este es un país de violencia y tenemos que trabajar por acompañar a los demás y eso podemos hacer los médicos y estudiantes acompañar a pacientes sentir lo que ellos sienten porque ese acompañamiento nos hace sentir seres humanos, ya es todos necesitan alguien que escuche no juzgue que el problema que tienen tiene muchas razones psicosociales y los médicos culpabilizamos porque no cumplió una dieta no tomo el medicamento.

LECCIONES APRENDIDAS-CIERRE: CIERRE

Luis Daniel Maldonado: como lo mencionó un autor Jerome Seymour Bruner si la narrativa es un evidente placer es una cosa seria, agradecidos por su participación en en las primeras jornadas de antropología médica y de la salud a la distancia les extendemos un cordial abrazo y esperamos que en un corto plazo se puedan formar redes para compartir ideas, al cierre queda recalcar ideas importantes que queda mencionar, la importancia de la participación colectiva y la multidisciplinarietàad como forma de pensar en modelos otros para una atención de manera armónica con los diferentes saberes que desde la mirada biomédica se considera la contrarreferencia de saberes, se pudo valorar la importancia del estudio de caso donde se analizó las narraciones y se concluyó sobre la trascendencia de curso de vida como condicionante del estado de salud.

La narrativa como forma válida de investigación permitió realizar una reflexión y dejar algunas recomendaciones sobre la construcción de un proceso de transferencia y transporte neonatal en Ecuador, se planteó el establecimiento de diálogo de saberes como una adecuada relación de horizontalidad entre los participantes lo cuales abordaron temas de salud.

La narración de la vida de las personas cobra mucha relevancia en la actualidad bien lo dijo Walter Benjamin “La historia la cuentan los vencedores” a través de los acontecimientos

narrados se pudo entender las dificultades que enfrentan pacientes psiquiátricos y como estigmas que aparentemente fueron superados siguen vigentes.

La narrativa como forma de reconocimiento personal permite la reflexión en que los actuales momento comprendemos la vida convirtiendo en autoetnografía como una alternativa válida para construir sentido a través de la narración, las prácticas integrativas integrativas y complementarias pueden contribuir a minimizar el sufrimiento de las personas con tratamiento oncológico, esas prácticas reivindican la apropiación de la narrativa como vehículo no solo de ideas sino de sentimientos.

La narrativa actualmente ha cobrado fuerza en las ciencias de la salud, las voces de los pacientes cuidadores, médicos son necesarias para construir un modelo de salud y bienestar que no encasille al enfermo, sino que lo comprende en los diferentes aspectos, justo eso permiten los relatos al sumergirse en las diferentes experiencias y poder hablar en las narrativas del padecer

Estas jornadas nos permitió comprender las prácticas para el cuidado que tienen las mujeres saludables mayores en Santiago con prácticas autónomas y prácticas recíprocas, estuvo presente la narrativa para exponer de diferentes voces la forma en que los jóvenes decidieron convertirse en zona de paz.

Finalmente, atentos escuchamos el relato de experiencias vividas y contadas por el personal de salud, donde se expresó sentimientos más profundos en visión de pandemia, muchas

lecciones aprendidas varias experiencias que nos permite tratar de dar sentido al mundo que vivimos, no queda más que agradecer su esfuerzo y dedicación para desde sus diferentes contextos desarrollar investigaciones de temas vigentes.

A nombre de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR agradecemos su presencia y le recordamos que el día de mañana continuamos con la presentación de las ponencias en el eje de covid están cordialmente invitados.

**Salud Mental
y Etnografía**

Eje

3

Introducción del Eje

La salud mental es uno de los pilares del bienestar biopsico-social de un individuo y de la sociedad. En ella podemos analizar el cómo los procesos sociales, los acontecimientos vitales y las funciones neurobiológicas se tejen y se expresan a través de historias de vida y testimonio referentes a la relación salud-enfermedad.

En este contexto, la mejor manera para acceder al pensamiento de las personas es a través de sus palabras, las cuales reflejan su posición en el mundo, las creencias, las conductas, sus afectos, etc; convirtiendo a la etnografía en una herramienta clave para entender la salud mental de las personas y de la sociedad.

En la actualidad, las ciencias de la salud apuntan hacia una “medicina basada en el paciente” y de forma concreta en el campo de la salud mental promueven el fortalecimiento de la salud mental comunitaria; en esos contextos los diálogos interdisciplinarios brindan una oportunidad para la generación de líneas de investigación y acciones asociadas a la gestión del conocimiento, así como nuevas perspectivas para la formación de las y los profesionales en salud.

OBJETIVO DEL EJE

Analizar investigaciones relacionadas a la salud mental, que utilicen a la etnografía como su principal herramienta.

PONENCIAS

MESA 1: PERCEPCIONES Y SALUD MENTAL

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

El Estigma Social de la Enfermedad Mental

AUTORES

Argots Lima Diana Alejandra
Vacacela Moscoso Amelia Nataly

EMAIL DEL AUTOR

argoti_diana@hotmail.com
ameliavacacela@gmail.com

FILIACIÓN

UTE

OBJETIVO

Evidenciar la existencia latente del estigma hacia la enfermedad mental y sus portadores.

CUERPO DEL TEXTO

Se puede definir la palabra “estigma” como un conjunto de señales o lesiones que marcan a una persona, además desde el contexto social se lo entiende como un comportamiento o condición de un individuo que produce su inclusión en un grupo visto con inferioridad o inaceptabilidad. Desde ambas perspectivas podríamos concluir, que es un atributo desacreditador. El término fue inicialmente utilizado por Erving Goffman, quien indica que el rechazo social se da por la presencia de características o creencias de un individuo que va en contra de las normas culturales establecidas, estas diferencias conducen a las demás personas a manifestar su rechazo y temor. (Marino, 2017)

El comportamiento psicopatológico y concepto de enfermedad mental ha evolucionado, tomando diferentes nombres de acuerdo con la época sociocultural a la que se hace referencia, tenemos así que, los primeros conceptos formados en sociedades primitivas eran de tipo mágicos, como una teoría que no tiene explicación, algo que va más allá del entendimiento humano para la época. Posteriormente en la Edad Media, los términos de locura y enfermedad mental estaban relacionados a castigos divinos, por supuestos pecados o pensamientos que iban en contra de lo profesado como correcto; el enfermo mental, muchas veces señalado como alguien que presentaba una posesión demoníaca o de asocialidad, quedó en manos de religiosos, quienes lo sometían

a medidas de orden místico-religioso que hoy podrían ser encasillados también, como procesos de tortura.

Es importante puntualizar que será diferente la perspectiva de la enfermedad analizada por el profesional de salud que la del paciente, ambas con su debida importancia por supuesto. Se podría abordar un modelo biomédico como enfermedad o patología, que abarcaría la alteración de procesos anatómicos y biológicos, así como también es importante el modelo antropológico en salud mental, un modelo de padecimiento que incorpora la experiencia y percepción del usuario, que será el que gane protagonismo a la hora de intentar sugerir un tratamiento ya que esto facilita la adherencia del paciente para lograr evidenciar resultados, ya que los pacientes con trastornos mentales muestran las más altas tasas de incumplimiento al tratamiento o abandono, en comparación con otras dolencias físicas.

Estigmatización y prejuicio suelen ser razones por las cuales muchas personas no buscan ayuda, esto conlleva a que el cuadro avance sin soluciones viables y empeore. El miedo al enfermo mental no está dado por la enfermedad per se, engloba también miedo a etiquetas, solemos pensar que la discriminación viene del público en general por desconocimiento, pero en la práctica profesional esta discriminación proviene también de expertos que no respetan al paciente con patologías mentales, puede suceder por las normativas actuales de nuestro país que obligan al médico a atender más pacientes en menos tiempo, o porque tratar estos pacientes es difícil y requiere de paciencia entre otras habilidades, razones que pueden conducir a la evitación de estos pacientes. La discriminación también es la falta de

habilidad para escuchar al usuario, pues el médico tiende a encasillar a este en su patología, sin atender a su narrativa, al hacer esto ignora su sintomatología, culminando en un mal diagnóstico. Como Rubén Muñoz describe, la historia clínica es muy importante y por lo tanto es importante el aspecto cultural del paciente y su historia algo que por lo general obviamos. (Martínez, 2021)

También hay estigma con la internación, practica que actualmente ya no se realiza como en antaño con la institucionalización prolongada, además se cree que los pacientes con patologías mentales tienden a ser violentos, ideas que se pretenden erradicar pues puede existir hetero agresividad durante una descompensación de la patología, pero es importante saber que un paciente bien manejado, con apoyo familiar y buena adherencia al tratamiento puede permanecer estable y ser plenamente funcional. Muchos mitos sobre las enfermedades mentales pueden atribuirse al prejuicio y la ignorancia, el conocimiento no se traduce necesariamente en menos estigma. Desafortunadamente, gran conocimiento puede convivir con grandes prejuicios y estereotipos negativos. (Arboleda-flórez & Frcep, 2003)

El tratamiento exitoso y manejo comunitario de enfermedades mentales, depende en gran medida de la participación de muchos actores, como el gobierno, instituciones sociales, médicos, psicólogos, cuidadores, el público en general, consumidores y sus familias. Con adecuadas políticas públicas que sean dadas por los gobiernos locales y nacionales, sin dejar de lado la red familiar, que es fundamental.

CONCLUSIÓN

La falta de conciencia sobre la existencia de salud mental deriva hacia la negación inicial naturalizada de padecer una enfermedad de la mente. Esta podría ser una de las razones para el retraso en la intervención oportuna de un profesional de la salud mental, agravando y demorando la recuperación de quienes padecen enfermedades de la psiquis, con el consiguiente sufrimiento personal, familiar y social.

PALABRAS CLAVE

Atención, controversial, diagnóstico, enfermedad, estigma, intervención, paciente, patología, prejuicio, salud mental, sufrimiento, tratamiento.

REFERENCIAS (APA)

- Arboleda-flórez, J., & Frép, C. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. 48(10).
- Martínez, R. M. (2021). Antropología, psiquiatría y alteridad. Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili. <https://doi.org/10.17345/9788484248309>
- Marino, P. M. (2017). Estigma Social. Arte Social. <https://www.artsocial.cat/articulo/estigma-social/>

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Salud Mental materna y desigualdades estructurales: ¿qué vino denunciar la pandemia?

AUTORES

Thais Brandão

EMAIL DEL AUTOR

thaisuni@gmail.com

FILIACIÓN

investigadora independiente

INTRODUCCIÓN

Es sabido que ciertos hechos históricos retiran o niegan derechos adquiridos e intensifican las desigualdades ya denunciadas por grupos subalternizados. Un problema de salud puede revelar ciertos factores culturales, sociales y políticos de un determinado lugar o sociedad, los cuales se articulan produciendo interferencias en el acceso a la salud, en la distribución de beneficios y en la garantía de los cuidados esenciales. Comprendemos la maternidad como un marcador social de diferencia a más y ahondaremos en este eje de interseccionalidad que afecta directamente en el derecho a la salud integral de las mujeres.

OBJETIVO

Este trabajo tiene como objetivo discutir y analizar la salud mental materna a través de los procesos que caracterizan el continuo salud-enfermedad-atención a la luz de los referentes teórico-metodológicos de las ciencias sociales especialmente desde la epistemología feminista. En esta perspectiva, presentaremos un acercamiento a un grupo de mujeres madres, de forma virtual, tras un año de pandemia en Ecuador, tratando de visibilizar y denunciar la salud mental materna a través de las lentes de las desigualdades de género.

METODOLOGÍA

45 mujeres madres fueron encuestadas en febrero de 2021 justo un año después de la pandemia haber llegado a Ecuador. Las entrevistadas tenían entre 18 y 45 años con hijos entre 0 y 9 años. Ese acercamiento fue virtual y presentamos aquí las cinco principales preguntas que se refieren a la salud mental materna en el tiempo de pandemia y su relación con las desigualdades de género.

RESULTADOS

Como resultados principales se revela que 44% de las encuestadas afirman que el aspecto de la salud más valorado en estos tiempos de emergencia sanitaria fue la salud mental, seguido de 31% para salud física seguido de 25% para salud colectiva.

En relación con episodios de desequilibrios en la salud mental, 93% respondieron que presentaron algún síntoma relacionado a los trastornos comunes como ansiedad, depresión, fobias, paranoias y humor depresivo.

Las principales dificultades enfrentadas como madres fueron: falta de tiempo para una misma y dificultades en la conciliación profesional, con 60% de las respuestas.

Al ser cuestionadas si esta dificultad ya estaba presente antes de la pandemia 52% responde que sí. Y finalmente las estrategias usadas por las madres para enfrentar estas dificultades en tiempos de pandemia fueron: pedir apoyo, incrementar tiempo de autocuidado y negociar una rutina clara con el compañero o la persona de cuidado cercano.

CONCLUSIONES

Las desigualdades estructurales de género pesaron fuertemente en el período de aislamiento social. Las tareas reproductivas siguen siendo vistas como un espacio natural, esencial y normalizado en nuestra sociedad. Es necesario no psiquiatrizar a las madres cuando lo que está fallando es un contexto favorable para la maternidad. Al tratar esta desigualdad como una enfermedad, paramos de escuchar el malestar en nuestra cultura, retirando su poder subversivo, como la capacidad de cuestionar.

Mientras no politicemos la maternidad, seguiremos observando cómo se enferman (y muchas veces gravemente) esa mujer, víctima de un sistema extremadamente desigual que romantiza y no valoriza la tarea reproductiva, el maternaje y todo el trabajo de cuidado.

PALABRAS CLAVE

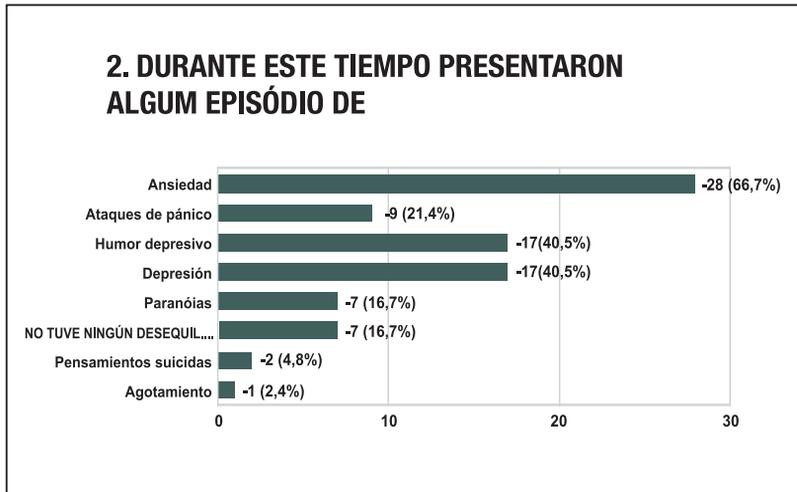
Cuidados, feminismos, madres, salud mental.

REFERENCIAS (APA)

Federici, Silvia (2018). *El Patriarcado del Salario. Críticas Feministas al marxismo*. Madrid: Traficante de sueños.

O'Reilley, Andrea (2021). *Matricentric Feminism: Theory, Activism, Practice*. Ontario: Demeter press.

Zanello, Valeska (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação*. Curitiba: Appris.



PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Una aproximación etnográfica a las lógicas de (re)producción del campo de la salud mental en Córdoba (Argentina)

AUTORES

Antonella Gallego Gastaldo

EMAIL DEL AUTOR

antogallegogastaldo@gmail.com

FILIACIÓN

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba

OBJETIVO

Esta propuesta es parte del resultado de una investigación de grado en antropología, cuyo objetivo ha sido indagar en los discursos y prácticas de los y las profesionales del ámbito de la salud mental que median en la construcción de los diagnósticos de “padecimientos mentales” a partir de un acercamiento etnográfico al campo de la salud mental en la Ciudad de Córdoba. Más precisamente, partiendo del interrogante sobre cómo se construyen los sentidos que configuran el diagnóstico de padecimientos mentales en

el Hospital Provincial Neuro-Psiquiátrico de Córdoba, fue que se propuso arribar a las dinámicas y lógicas de acción que definen el funcionamiento del Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba, una institución asilar de carácter público. De tal modo, entendemos que una historización del campo y sus lógicas nos permitirá comprender por qué la desarticulación del modelo manicomial, pese a la sanción de nuevas leyes de salud mental, aún no ha sido posible.

CUERPO DEL TEXTO

A partir de este trabajo, mediado por la dinámica de incorporaciones y modificaciones a las normativas en torno a la salud mental, la Ley Nacional 26.657 y la Ley Provincial 9.848 de Salud Mental sancionadas en el año 2010 en línea con el reconocimiento de la Atención Primaria de la Salud como estrategia y componente esencial de un sistema de salud efectivo, reconocen, principalmente, a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Por tanto, entendemos que estas normativas no solo incorporan la noción de “padecimiento subjetivo” como un modo de visibilizar a sujetos que históricamente han sido invisibilizados y marginalizados a través de su cuerpo como objeto de estudio de la clínica médica sino que con ello, junto con otras medidas que tienden a la interdisciplina y al desarrollo horizontal de las de las diferentes profesiones que componen el campo, apuestan a una progresiva sustitución de las instituciones monovalentes por una red de atención comunitaria anclada

en el territorio que permita prescindir de la instancia de internación en una institución asilar.

Por tanto, volviendo a los momentos históricos que moldearon discurso sobre la “locura” con sus particularidades locales, desde sus orígenes sociohistóricos anclados en la moral cristiana y sus conocimientos sobre el alma, hasta el surgimiento de la clínica médica como saber racional e instituido sobre el cuerpo, es que comprendimos que el campo de la salud mental está compuesto por grupos de intereses antagónicos que se encuentran en constante tensión. Unos por conservar el poder con el fin de perpetuar el modelo médico ya establecido, el cual, cabe destacar, se fue consolidando ante los usos de los modos de racionalización médico-biológicos en el forjamiento de un orden moral específico a partir de la conformación de un imaginario de Estado-Nación de “orden” y “progreso” frente a caracteres de la “barbarie” encarnada en la sinrazón; Y otros que se definen y crean una identidad alrededor de discursos que cuestionan las lógicas hegemónicas de carácter bio-médico al apostar a una lucha por visibilizar las jerarquías que configuran el campo.

Volviendo a la importancia de nuestra pregunta de investigación, desde una aproximación a la construcción de los diagnósticos nos fue posible observar la reducción de “malestares psicológicos” a hechos físicos, químicos o anatómicos por parte de algunos y algunas agentes del campo, como parte de una lógica habilitadora de intervenciones que pueden prescindir de la subjetividad del sujeto padeciente, de su palabra, de sus significaciones y de su historia. O que simplemente consideran estos aspectos como meras

circunstancias de su contexto social, cultural o familiar, cuya incidencia no es considerada como parte de los procesos vitales del paciente. Bajo esta concepción comprendimos por qué en la construcción de diagnósticos las preguntas sobre el malestar son orientadas al cuerpo físico, constituyéndose esta práctica de poder como parte de una lógica cuyos saberes son monopolio de la medicina de carácter más ‘científico’.

El Diagnóstico, se visualiza entonces como un modo de ejercicio de poder que finalmente es puesto en tensión a partir de la gestión comunitaria de la salud que intenta abordar las agencias que escapan a la lógica diagnóstica y al estudio clínico controlado. Ya que, en la actualidad, la vulnerabilidad social de los cuerpos de los y las pacientes, permite conformar a los usuarios y usuarias del servicio público de salud mental una identidad política que se organiza y moviliza junto con el apoyo de organizaciones de derechos humanos, académicas, profesionales y político-partidarias. Por tanto, entendemos que a través de la organización y la “puesta en marcha” se ejerce una resistencia a los términos del poder que históricamente los ha excluido y producido como imposibles de ser pensados.

De tal manera, el ejercicio de la libertad en contraposición a una vida de encierro en las instituciones asilares, es construido y puesto en práctica alrededor de la apropiación del espacio público. Así, el modo diferencial de distribuir la precariedad (Butler, 2009) es puesto en tensión ante una organización y movilización política que buscan transformar las condiciones sociales que hacen que una vida sea (o no) digna de ser vivida al ejercerse una resistencia a los términos del poder que los excluye y produce a estos sujetos diagnosticados como imposibles de ser pensados.

CONCLUSIÓN

En el marco de la sanción de las mencionadas leyes nos es posible argumentar que, tanto a nivel nacional como provincial, se desean establecer un orden en las narrativas que reproducen el campo de la salud mental. Pero, al acercarnos la injerencia en el proceso de desmanicomialización enunciado por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental sancionada en el año 2010, y a un análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado que nos ha permitido develar qué actores, lógicas y saberes son constitutivos de esta red de las distintas instancias que configuran la amplitud del campo de la salud mental en Córdoba, nos resulta oportuno preguntarnos si dicha tensión en la que coexisten la “enfermedad” y el “padecimiento” se trata de una tensión irresoluble que constituyen un obstáculo para la concreción de los propuesto.

Si bien se desean establecer modelos interdisciplinarios en el abordaje de la salud mental que contribuyan a un entendimiento superador del modelo biologicista de construcción y atención de la salud, lo cierto es que en el ámbito del ejercicio profesional donde se encuentran distintas disciplinas abocadas al cuidado de la salud, observamos que éstas no se posicionan horizontalmente. Y, por tanto, los saberes en torno a la enfermedad y el padecimiento. El ejercicio diagnóstico, como una práctica legítima monopolizada por la profesión médica, al tratarse de una situación que tiene consecuencias importantes sobre la vida de aquellos y aquellas que son definidos/as y categorizados/as desde una clasificación de los trastornos mentales, se nos presenta como una posibilidad de reflexionar sobre las relaciones de poder que estas categorías clasificatorias encierran; ya que la vulnerabilidad social de los cuerpos sobre los que se ejerce el poder medicalizante, conduce a los sujetos a experimentar

una exclusión de la sociedad a partir de un desconocimiento político de su existencia como sujetos de derecho.

Si bien el curso histórico de transformación de los sentidos en torno a la salud mental se ha visto plasmado en un cambio legislativo tanto a nivel nacional como provincial, no se trata de un punto final en el proceso reformista de desmanicomialización de la salud mental.

PALABRAS CLAVE

Etnografía, Institución Monovalente, Ley Nacional de Salud Mental.

REFERENCIAS (APA)

Butler, J. (2009) *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Atención Psiquiátrica enfocada en Atención Primaria de Salud.

AUTORES

Alejandra Patricia Aguirre Arias
María Belén Sosa Arauz

EMAIL DEL AUTOR

paty14856@gmail.com
mabelito7@@hotmail.com

FILIACIÓN

UNIVERSIDAD UTE

INTRODUCCIÓN

La atención psiquiátrica enfocada en atención primaria de salud se encuentra integrada en los servicios de salud desde hace varios años en el Ecuador, siendo un tema sensible en el campo médico. (OPS, 2015), (Baena, 2018)

En el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Colectivo e Intercultural se estipula que la salud mental no solo depende de factores biológicos sino medio ambientales y

de las condiciones de vida de cada individuo, lo cual implica su entorno social y varios factores no modificables. Actualmente se toma en cuenta a las personas como seres íntegros, por lo cual los tratamientos deben ser multidisciplinarios. (Elgier, Lic. Michelle, Lic. Cecilia Taboada, Lic. Yesica Embil, Lic. Cecilia Kiper, and Lic. Maia Nahmod. n.d. , 2014)

Para poder brindar salud mental desde la atención primaria, es necesario mejorar las políticas internas y externas que permitan dar prioridad y poder ejecutar las leyes; la salud mental a nivel comunitario no ha sido implementada por algunas falencias desde su creación hasta su implementación.

OBJETIVO

Conocer la situación actual de la salud mental en el Ecuador en atención primaria, desde un enfoque social y antropológico; para poder determinar las falencias y buscar soluciones que permitan promover la implementación con estrategias para llegar a toda la población.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de páginas como el MSP, OPS, OMS, para recaudar toda la información concerniente al tema de Atención Psiquiátrica Enfocada en Atención Primaria De Salud.

RESULTADOS

Como resultado de nuestra investigación planteamos algunas propuestas, entre las que se plantea, la integración de profesionales con especialidad en salud mental en atención primaria de salud, en los centros de salud de tipo A hasta el C, planteando que en el Tipo A, debe existir al menos un

psicólogo clínico con formación en salud mental comunitaria, cuyo trabajo será principalmente en campo y domicilio, llegando a las zonas desprovistas y más alejadas de la población a cargo con el objetivo de captar pacientes con patología mental que no han tenido acceso a una valoración especializada.

La siguiente propuesta es : que en los centros de salud tipo B, exista a más de psicólogo clínico, Trabajador Social, psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo Infantil, con un enfoque de manejo multidisciplinario de atención en salud mental especializada al paciente psiquiátrico, cabe recalcar que esta idea ya la tuvo el plan de salud mental del Ecuador hace varios años, pero que no se ha implementado en todos los centros de salud, sino más bien se ha ido debilitando en el pasar de los años.

Y como última propuesta, los centros de salud tipo C, de atención primaria deben tener en su nómina profesionales de alta especialidad en psiquiatría (especialista en adicciones, terapias conductuales y sistémicas, paidopsiquiatría), con esto se solventaría el déficit de atención en salud mental a la población más vulnerable del Ecuador, sin fácil acceso a atención en salud mental.

CONCLUSIONES

El Modelo de Atención según (norma de salud mental), tiene una serie de falencias dentro del sistema de salud mental ecuatoriano, empezando por la asignación presupuestaria, la limitada accesibilidad a la atención específica de salud mental la insuficiente dotación de profesionales especialistas en salud mental a los centros de atención primaria y en los niveles

superiores e atención de salud, sí a todo esto le sumamos el gran estigma social y la falta de psicoeducación incluso desde el personal de salud en temas de salud mental comunitaria, tenemos como resultado un déficit importante en atención a pacientes con patologías mentales, un desconocimiento generalizado, en donde, quien lleva la peor parte, es el individuo con escasos recursos económicos, con acceso limitado, de zona rural, que padece de un trastorno mental, que en la mayoría de los casos, o no lo sabe, o no tiene acceso a la medicación y que su familia no tiene ningún conocimiento de la enfermedad que padece, esto acarrea consecuencias graves e irreversibles en el plano social y familiar que finalmente constituyen un tema de mayor investigación.

Básicamente nuestra misión como futuras profesionales en salud mental radica en la psicoeducación dirigida a las personas más vulnerables, a los profesionales de salud en general y a quitar poco a poco el estigma social que tanto daño hace a la población de individuos con patologías mentales sin acceso a atención en salud mental.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, Mais, Atención Primaria, Comunitaria.

REFERENCIAS (APA)

OPS, OMS, M. (2015). *L Ecu or. 32*.

Baena, V. C. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública, 42*, 1–6. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.162>

Elgier, L. M., Taboada, L. C., Embil, L. Y., Kiper, L. C., & Nahmod, L. M. (2014). *Aspectos antropológicos en salud mental*.

Carrasco, D. R. Z., & Recalde, A. Y. R. (2018). Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 43(1), 39-45.

MESA 2: PATOLOGÍA EFECTIVA

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Ansiedad en los internos rotativos de la carrera de Medicina de la PUCE durante la emergencia sanitaria en el primer semestre del 2021.

AUTORES

Kevin Roberto Pinto Hernández
Dominique Samanta Contreras del Salto

EMAIL DEL AUTOR

kevinrph_96810@hotmail.com
domi_contreras@hotmail.com

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

OBJETIVO

Analizar las características de la ansiedad que experimentan los internos rotativos de la carrera de medicina durante la emergencia sanitaria en el primer semestre del 2021.

CUERPO DEL TEXTO

En la lucha contra el COVID-19, las personas que se han visto mayormente expuestas al virus ha sido el personal de salud, los cuales han experimentado una serie de problemas psicológicos, tales como ansiedad, estrés, depresión, insomnio, y miedo, como producto de algunos factores como el temor al contagio propio, el temor a contagiar a los miembros de su hogar, el aislamiento, la saturación del sistema de salud, la adaptación al uso del equipo de protección, y el agotamiento físico y mental.

RESULTADOS

De las 20 personas que fueron entrevistadas, se encontró una población con un promedio de edad de 24,75 años. La edad máxima fue de 28 años y la edad mínima de 23. El 50% fue del género masculino mientras que el otro 50% fue del género femenino. Respecto al hospital en donde realizaron el internado rotativo de medicina, el 25% de internos estuvo en un hospital privado, mientras que el 75% en un hospital público. Del total de entrevistados, el 40%, refirió estar frecuentemente expuestos a pacientes con COVID 19, el otro 40% indicó que a veces se encontraban expuestos y el 20% reportó que casi nunca estuvieron expuestos a pacientes con COVID 19. La mayoría de los internos indicó que recibieron equipos de protección en sus hospitales pero que estos no fueron suficientes. Sobre el tema de vacunación, el 90%, reportó que fueron vacunados contra el COVID-19 y que al momento de la entrevista contaban con las dos dosis de la vacuna, sin embargo, un 10% tenían una dosis y se encontraban en espera de su segunda dosis. Respecto a las pruebas diagnósticas, el hospital proporcionó pruebas de anticuerpos en la mayoría

de los casos, y la universidad proporcionó la prueba PCR de forma gratuita para los estudiantes que lo requerían.

CONCLUSIÓN

Dentro del estudio se puede evidenciar que la mayoría de los internos rotativos de medicina presentaron síntomas de ansiedad en diferente intensidad. Todos los internos rotativos tuvieron cambios adaptativos en su estilo de vida durante la emergencia sanitaria. El desconocimiento y la falta de protocolos para guiarse en un principio causaron mucha incertidumbre, miedo y síntomas de ansiedad, por la falta de experiencia en el tema, afectando varias esferas como la académica, laboral, interpersonal y familiar. La mayoría de los internos de medicina presentó cuadros leves de ansiedad que no interfirió con su diario vivir. Dentro de la sintomatología que presentaron se destaca la taquicardia, diaforesis, preocupación excesiva, e insomnio. Los principales desencadenantes de los síntomas de ansiedad fueron la exposición a pacientes con COVID-19, la espera hasta la obtención de los resultados de la prueba de detección, el haberse contagiado con esta enfermedad, el aislamiento social por el contagio y la preocupación de contagiar a sus familiares.

PALABRAS CLAVE

Aislamiento, Consecuencias, COVID-19, Estudiantes de medicina, Internos rotativos de medicina, Personal de Salud, Salud mental, Síntomas de ansiedad.

REFERENCIAS (APA)

- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190–197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
- Brady, M. (2015). Death anxiety among emergency care workers. *Emergency Nurse*, 23(4), 32–37.
- Chen, Q., Zhang, Y., Zhuang, D., Mao, X., Mi, G., Wang, D., Du, X., & Yi, Z. (2019). Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *Journal of International Medical Research*, 87. <https://doi.org/10.1177/0300060519872310>
- Diario El Comercio. (2021). *En Quito se han registrado 28 718 intervenciones psicológicas por la pandemia desde enero del 2021*. <https://www.elcomercio.com/actualidad/pandemia-salud-mental-municipio-quito.html>
- Diario El Universo. (2021). *Ecuador tiene 1.082 camas de UCI para atender a pacientes con COVID-19, pero casi todas permanecen ocupadas*.
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 533–534. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)
- Gao, Y. dong, Ding, M., Dong, X., Zhang, J. jin, Kursat Azkur, A., Azkur, D., Gan, H., Sun, Y. li, Fu, W., Li, W.,

Liang, H. ling, Cao, Y. yuan, Yan, Q., Cao, C., Gao, H. yu, Brügggen, M. C., van de Veen, W., Sokolowska, M., Akdis, M., & Akdis, C. A. (2021). Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: A review. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 76(2), 428–455. <https://doi.org/10.1111/all.14657>

Gong, Y., Han, T., Chen, W., Dib, H. H., Yang, G., Zhuang, R., Chen, Y., Tong, X., Yin, X., & Lu, Z. (2014). Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 9(7), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103242>

INEC. (2021). *Boletín Técnico Camas y Egresos*.

Izda, V., Jeffries, M. A., & Sawalha, A. H. (2021). COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates Vladislav coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information. *Clinical Immunology*, 222(108634).

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., & Li, R. (2021). *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. 3(3), 1–12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Li, J., Zhang, Y., Wang, F., Liu, B., Li, H., Tang, G., Chang, Z., Liu, A., Fu, C., Gao, J., Li, J., Hospital, B., Hospital, B., Hospital, B., Hospital, B., & Li, J. (2020). *Sex*

differences in clinical findings among patients with coronavirus condition and.

- Li, X., Xu, S., Yu, M., Wang, K., Tao, Y., & Zhou, Y. (2020). Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 inpatients in Wuhan. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 146.1(January).
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288 (March), 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Miranda, R., & Murguía, E. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8, 1–12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Monterrosa-castro, Á., Dávila-ruiz, R., Mejía-mantilla, A., Mercado-lara, M., & Flores-monterrosa, C. (2020). *Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos*. 23(2), 195–213.
<https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- MSP Ecuador. (2020a). *Actualización de casos de coronavirus en Ecuador.pdf*.
- MSP Ecuador. (2020b). *Más de 82.000 personas recibieron atención en salud mental durante la Emergencia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/mas-de-82-000-personas-recibieron->

atencion-en-salud-mental-durante-la-emergencia-sanitaria/

MSP Ecuador. (2021). *Plan de vacunación 9-100.pdf*.

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nation wide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, *33*(2), 19–21. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Restrepo-Martínez, M., Escobar, M., Marín, L. A., & Restrepo, D. (2020). *Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. January*, 19–21.

Shah, A. S. V., Wood, R., Gribben, C., Caldwell, D., Bishop, J., Weir, A., Kennedy, S., Reid, M., Smith-Palmer, A., Goldberg, D., McMenamin, J., Fischbacher, C., Robertson, C., Hutchinson, S., McKeigue, P., Colhoun, H., & McAllister, D. A. (2020). Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: Nationwide linkage cohort study. *The BMJ*, *371*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3582>

Sheervalilou, R., Shirvaliloo, M., Dadashzadeh, N., Shirvalilou, S., Shahraki, O., Pilehvar-Soltanahmadi, Y., Ghaznavi, H., Khoei, S., & Nazarlou, Z. (2020). COVID-19 under spotlight: A close look at the

origin, transmission, diagnosis, and treatment of the 2019-nCoV disease. In *Journal of Cellular Physiology* (Vol. 235, Issue 12, pp. 8873–8924). <https://doi.org/10.1002/jcp.29735>

The New York Times. (2021). *Un colapso anunciado así fue que el brote de COVID19 de Brasil abrumó a los hospitales. pdf.*

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wu, J. T., Leung, K., Bushman, M., Kishore, N., Niehus, R., Salazar, P. M. De, Cowling, B. J., Lipsitch, M., & Leung, G. M. (2020). Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. *Nature Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0822-7>

Zhao, J., Yang, Y., Huang, H., Li, D., Gu, D., Zheng, Z., & Xiangfeng. (2021). Relationship between the ABO Blood Group and the COVID-19 Susceptibility. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 73(2), 328–331. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1150>

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Suicidio entre adolescentes Waorani, caso etnográfico en la Amazonia Ecuatoriana.

AUTOR

Patricio Trujillo Montalvo

EMAIL DEL AUTOR

pstrujillo@puce.edu.ec

FILIACIÓN

PUCE

INTRODUCCIÓN

El suicidio puede definirse como el resultado de comportamientos autoinfligidos que tienen como intención la propia muerte. Según el último informe sobre el suicidio en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las tasas de suicidio de adolescentes de 10 a 19 años y de 15 a 24 en Ecuador fueron, respectivamente, 7,5 y 13,6 por 100 000, comparado con los países vecinos dichas tasas fueron mucho menor: 4,7 y 9,4 en Colombia y 1,1 y 1,9 en Perú, por lo que en Ecuador, el suicidio representa entre 15 y 20% de las muertes por causas externas en este grupo de edad, lo que también contrasta con Colombia, donde este

porcentaje representa entre 7 y 11% de estos fallecimientos, y con Perú, donde oscila entre 6 y 7%. Esta problemática se ha convertido en un grave problema de salud pública poco atendido y poco estudiando, más aún en grupo rurales o de pueblos y nacionalidades.

OBJETIVO

¿Cómo definir suicidio entre culturas que no tienen ese concepto, desde la perspectiva bio médica occidental? ¿Cómo definir adolescencia cuando esta etapa es una construcción socio cultural?

METODOLOGÍA

Relatos etnográficos sobre suicidio entre grupos amazónicos.

RESULTADOS

Los waorani son un pueblo de reciente contacto, su ethos cultural se relacionaba a la guerra, muerte, venganza intragrupal, lo que denominaban como *durani bai*. El significado de la muerte y la venganza se enmarcaba en un código cultural o código guerrero, donde se definía desde perspectivas simbólica el morir o matar. No existían registros etnográficos sobre suicidio en este grupo, sin embargo en la etapa moderna y luego de 50 años de contacto con la sociedad nacional, aparecen datos sobre muerte de adolescentes varones por suicidios mediante la ingesta de venenos naturales (barbasco) y agroindustriales.

CONCLUSIONES

Entre los waorani, los actos de suicidio que aparecen repentinamente y se podrían relacionar a la contaminación cultural

y las redes sociales. El principal motivo para cometer el acto suicida es lo que denominan “contaminación en redes”, vinculada a la nueva relación de los jóvenes y adolescentes con el mundo virtual y a la angustia por el consumismo material. Finalmente, la opinión de las primeras generaciones frente a la conducta suicida de las generaciones actuales está cargada de comentarios negativos. Se les tilda de “cobardes” y de poco fieles a su decencia cultural, puesto que para las primeras generaciones una práctica cultural era la guerra y “el matar a sus enemigos”, pero nunca se había visto que uno de sus integrantes hubiese expresado deseo de causarse la muerte intencionalmente.

PALABRAS CLAVE

Amazonia, cultura contagiosa, adolescentes, suicidio, waorai

REFERENCIAS

Trujillo Montalvo, P. (2011) *Boto Waorani, Bito Cowuri. La fascinante historia de los Wao*. Quito: FIAAM.

Trujillo Montalvo, P. (2016) “Código guerrero: movilidad, guerra y muerte con lanzas”. *Antropología Cuadernos de Investigación* 16: 85–98.

Trujillo Montalvo, P. (2018) “Identificación y dinámicas de los Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario (PIAV) en el Yasuní”. *Boletín de Antropología* 33: 271–96.

Trujillo Montalvo, P. (2006) “The fascinating story of the Huaorani or ‘the true.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Un estudio cualitativo. Quito, 2019.

AUTORES

María José Vergara Naranjo

EMAIL DEL AUTOR

majosevergara96@gmail.com

FILIACIÓN

PUCE

INTRODUCCIÓN

La depresión puede referirse a un estado de ánimo, que puede ser normal o parte de un síndrome psicopatológico. (American Psychiatric Association, 2014)

Los estudiantes universitarios se enfrentan a diversos factores estresantes, como los requisitos académicos, la presión del tiempo y los arreglos sociales. Los estudiantes de medicina en particular pueden enfrentar desafíos adicionales como la

gran carga de trabajo, el compromiso de tiempo y el número de evaluaciones, así como las presiones de un entorno clínico. (Moir, Yielder, Sanson, & Chen, 2018)

Un metaanálisis encontró una prevalencia del 28% de depresión en estudiantes de medicina en todo el mundo, siendo este más prevalente en estudiantes de primer nivel. También se encontró que solo el 12.9% de los afectados buscaron ayuda o un tratamiento, dando la posibilidad que la depresión sea un problema de la vida diaria de una estudiante de medicina. (Puthran, Zhang, Tam, & Ho, 2016). En la Facultad de medicina de la PUCE existen estudios en donde se encontró una prevalencia del 28,7%. En otro estudio se encontró depresión leve (29,90%), moderada (29,50%), y severa (2,5%), la mayoría de los casos fueron mujeres y entre 17 a 20 años, determinando que el 61,90% de los estudiantes de la carrera de medicina tienen síntomas de depresión. (Loor & Espinel, 2017).

OBJETIVO

Objetivo general: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la depresión en los estudiantes de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.

Objetivos específicos:

- Describir y analizar como los estudiantes de medicina conocen la depresión, cómo y en qué momento están relacionados a través de la carrera con la misma.
- Investigar que actividades realizan los estudiantes de medicina para evitar, sobrellevar o agravar la depresión.

- Determinar cómo es el manejo frente a la depresión en los estudiantes de medicina.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo en estudiantes de la carrera medicina de la Facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador con la aplicación de técnicas metodológicas como el establecimiento de un vínculo de confianza, utilización de entrevistas semiestructuradas y revisión bibliográfica con un análisis descriptivo e interpretativo de la información obtenida. Las entrevistas semiestructuradas divididas en tres cohortes, la primera cohorte con estudiantes de primer año, la segunda cohorte con estudiantes tercer año y la tercera cohorte con estudiantes de quinto año. Todo esto fue acompañado con un diario de campo como soporte de la investigación.

RESULTADOS

Dimensión: estudiantes de medicina

En las entrevistas semiestructuradas realizadas a los estudiantes de medicina se realizó preguntas acerca de la autodefinición de ellos, de sus compañeros, cuáles son las características que los hacen ser únicos a los estudiantes de medicina a diferencia de otro estudiante y cuáles son las razones por las que se deciden a estudiar medicina, se puede observar cómo los testimonios según el año en el que se encuentren se van tornando duros y reales mientras más avanzan en la carrera.

Así como en los núcleos familiares de los estudiantes de medicina, se evidencia también que, en los núcleos sociales donde la mayoría pertenecen a amistades del colegio, existen casos de depresión con consecuencias nefastas. A pesar de todas estas consecuencias las autoridades o representantes ignoran la problemática que emerge a partir de estados de ánimos alterados como la depresión.

Muchos de los estudiantes de medicina hacen afirmaciones que antes de entrar a la universidad no estaban familiarizados con el tema de depresión de tal manera que experimentaron la depresión a través de sus compañeros. Los colegios son responsables en generar, en cierta medida, los vacíos acerca del conocimiento y reconocimiento de la depresión. En estas instituciones muchos estudiantes de medicina afirman que nunca se hablaba de eso o que algunos estudiantes que tenían ese problema no lo resolvieron sino hasta llegar a la universidad.

Dimensión: depresión

Dado la diversidad de estudiantes y su procedencia podemos sospechar que las barreras para encontrar y acudir por ayuda profesional no solo están presentes en la cultura ecuatoriana sino pertenece a una limitación que puede aplicarse en distintas culturas. Es importante señalar que la principal limitación es el estigma hacia las enfermedades mentales y hacia la figura que representa el profesional de salud mental a pesar de que existen avances y que la sociedad está en permanente cambio, las generaciones de abuelos y padres no hablan o discuten acerca de enfermedades mentales quitando el espacio que se merecen. De todo esto emerge el desconocimiento de

que la depresión es una enfermedad que debe ser tratada y manejada por un profesional.

A pesar de que pueden existir diversos y múltiples causantes de depresión en los estudiantes de medicina la prevalencia encontrada es muy alta en contraste de la población general, pero no es un problema del cual se hable mucho o de que exista preocupación en la Facultad de Medicina y una de las razones principales por lo que ocurre esto, es la normalización de la depresión y la deconstrucción de salud evidenciada en los estudiantes que refieren que la depresión es parte de la carrera.

Dimensión: experiencias de depresión en estudiantes de medicina

Las barreras por las cuales los estudiantes de medicina no acuden donde profesionales de salud mental se asemejan a las barreras de la población en general en donde observábamos desconocimiento de que es una enfermedad, problemas económicos y miedo a la categorización de “loco” conducido por un estigma y tabú de las enfermedades mentales. Los estudiantes de medicina saben que es una enfermedad, pero subestiman la gravedad y el miedo a la categorización de “loco” y que esto sea tomado como invalidez en ambientes hospitalarios o por sus compañeros de medicina.

Es importante mencionar que algunos estudiantes de medicina han tenido experiencias pasadas con profesionales de la salud mental, en especial con psicólogos. Mencionan haber tenido malas experiencias que no ayudaron a superar o mejorar sus problemas y que no se guardó secreto profesional,

por lo que generan desde edades muy tempranas barreras que contribuyen a que el estigma hacia estos profesionales sea más pronunciado.

Dimensión: COVID-19

Existen dos posturas acerca de este tema, una en la cual los estudiantes sienten preocupación acerca de algunos aspectos, piensan que va a ser mucho más difícil en ámbitos educativos, en el ámbito económico de sus familias y mucho más en ámbitos interpersonales, ya que todo se debe realizar desde casa en donde no todos se encuentran en las mismas condiciones, algunos de ellos poseen una red de apoyo familiar sana mientras que otros se relacionaron con su familia o convivientes de una manera disfuncional que puede sumar como otros problemas a más de los otorgados por la universidad. Otra condición es la desigualdad de recursos y su accesibilidad a estos ya que no todos los hogares estaban diseñados para recibir clases en línea y de un día al otro se tuvieron que adecuar.

CONCLUSIONES

Percepción hacia los estudiantes de medicina y el del “ser” médico

- La definición de los estudiantes de medicina según su nivel va evolucionando
- Los estudiantes de medicina al comienzo de la carrera tienen ideas inexactas de la carrera, de los estudiantes de medicina y de los médicos

Reconocimiento de la depresión

- Los estudiantes de medicina reconocen a la depresión como un problema
- Las cifras de prevalencia presentadas en diferentes estudios a nivel mundial y en estudios de la PUCE se correlacionan con las experiencias relatadas

Conocimientos acerca de la depresión de los estudiantes de medicina

- Los conocimientos de depresión en los estudiantes de medicina varían según el nivel de carrera
- Los conocimientos acerca del tratamiento no farmacológico como hábitos saludables y terapias psicológicas son conocidas, pero no puestas en práctica
- Los estudiantes de medicina de primer año están expuestos a la transición del colegio - universidad que implica cambios de estilo de vida, migrar de su hogar y entrada a la pirámide de medicina.

Actitudes que facilitan el desarrollo de la depresión en los estudiantes de medicina

- Los estudiantes de medicina reconocen las barreras para ayuda profesional.
- Al avanzar a través de los niveles de medicina se puede evidenciar una “normalización” de la depresión.
- Los estudiantes de medicina de otros lugares de residencia son los más propensos a tener rasgos depresivos.

Prácticas sobre depresión en los estudiantes de medicina

- El estigma y el auto-estigma hacia las enfermedades mentales y en especial hacía la depresión está presente en los estudiantes de medicina de la PUCE.
- La mayoría de los estudiantes de medicina con depresión no tiene un tratamiento establecido y de los pocos que han sido diagnosticados no han tenido un seguimiento apropiado.

Implicaciones del COVID – 19 sobre los estudiantes de medicina

- La pandemia del COVID-19 genero nuevos factores de riesgos para depresión en especial para estudiantes con diagnósticos de depresión establecidos, estudiantes residentes de Quito, estudiantes con malas relaciones familiares, estudiantes con familias en problemas económicos y estudiantes que viven solos sin ninguna compañía.

PALABRAS CLAVE

Currículo oculto, depresión, estudiantes de medicina

REFERENCIAS (APA)

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)* (5th ed.). Editorial Medica Panamericana.

Draper, C., & Louw, G. (2007). What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and

expectations of their academic and professional career. *Medical Teacher*, 29(5).
<https://doi.org/10.1080/01421590701481359>

Loor, S. Y. A., & Espinel, L. K. M. (2017). *Prevalencia y factores de riesgo de depresión en estudiantes de medicina de primero a octavo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en los meses de agosto y septiembre del 2017*. 1–162. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13909>

Moir, F., Yielder, J., Sanson, J., & Chen, Y. (2018). Depression in medical students: current insights. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 323–333. <https://doi.org/10.2147/AMEPS137384>

Puthran, R., Zhang, M. W. B., Tam, W. W., & Ho, R. C. (2016). Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Medical Education*, 50(4), 456–468. <https://doi.org/10.1111/medu.12962>

Suwalska, J., Suwalska, A., Szczygieł, M., & Łojko, D. (2017). Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. *Psychiatria Polska*, 51(3), 503–513. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/67373>

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Psicología Ambiental: Qualidade de Vida e Saúde Mental dos Cuidadores das Crianças com Transtorno do Espectro Autista – Tea

AUTORES

Arlete Felizardo Paludo¹

Lucia Ceccato de Lima²

EMAIL DEL AUTOR

arletefelizardopaludo@gmail.com

prof.lucia@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

1. Psicóloga. Mestre em Ambiente e Saúde pela Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC – Brasil. Atua como Psicóloga Clínica.
2. Bióloga. Mestre em educação e Doutora em Engenharia Ambiental pela Universidade Federal de Santa Catarina UFSC- Brasil. Docente do Mestrado em Educação e do Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC – Brasil.

INTRODUCCIÓN

A partir do atendimento clínico de crianças, com diagnóstico de um transtorno psiquiátrico e suas famílias, tem-se observado a angústia e por vezes o sentimento de anulação por parte dos cuidadores. Fávero (2005) comenta que, na literatura psicológica, um estudo em que discuta condição de uma criança ou a característica específica de um grupo de crianças logo terá a necessidade de atentar para o contexto das famílias. O Transtorno do Espectro Autista – TEA descrito como uma condição que tem início precoce e cujas dificuldades tendem a comprometer o desenvolvimento e as relações sociais do indivíduo, ocorrendo sintomas variáveis.

OBJETIVO

A pesquisa objetivou compreender a contribuição da Psicologia Ambiental para melhoria da qualidade de vida dos cuidadores das crianças com TEA.

METODOLOGÍA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Planalto Catarinense, Parecer N. 2.108.151 de 8/11/2021. Possibilitou desenvolver a pesquisa no âmbito da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) do município Rio do Sul (SC) – Brasil.

A metodologia foi uma abordagem qualitativa com entrevista semiestruturada junto aos pais/cuidadores de crianças com TEA.

Foram convidados 10 familiares cuidadores. Sendo que a amostra durante o processo passou para 11, pois um dos familiares pediu para participar. Também é importante frisar

que o número de crianças são 12, entre 12 e 15 anos, porque uma das famílias tem gêmeas univitelinas com autismo.

RESULTADOS

Quanto ao perfil os cuidadores:

- Todos os cuidadores são escolarizados, maioria com Graduação;
- A maioria dos pais tem vínculo empregatício com renda familiar média de 1.200 dólares;
- Todas as famílias optaram por não fazer contratação de cuidador;
- 8 (oito) famílias contam com ajuda externa de familiares e amigos.

Emergiram quatro categorias de análise dos dados coletados:

- Impacto do autismo na família;
- Dinâmica Familiar;
- Rotina do cuidador;
- Qualidade de vida e Influência do Ambiente.

Para Sprovieri e Assumpção Jr (2001) a partir do momento em que um elemento do grupo familiar apresenta uma doença, as relações familiares são naturalmente afetadas, a síndrome autística compromete o grupo familiar quando este passa a conviver com o problema. Neste cenário, a doença no âmbito familiar leva-a a experimentar algumas limitações permanentes, que são percebidas na capacidade adaptativa da família ao longo do seu desenvolvimento. No contexto familiar surgem rupturas, devido ao autismo, as atividades

sociais normais são interrompidas, transformando assim o clima emocional da família. Dessa forma, a família, no período de adaptação, une-se ha disfunção da criança.

CONCLUSIONES

Constatou –se que a maioria dos cuidadores são as mães, atendem a rotina diária das crianças: alimentação, higiene, levando a APAE e escola regular, consultas médicas e psicológicas. Essa demanda, que se impõe aos cuidadores/as, haja vista que a maioria são as mães, as leva a esquecer-se de sua própria qualidade de vida e saúde mental. Algumas cuidadoras relatam sobre autoabandono, a solidão e *stress* por ser cuidadora, embora reafirmem sentimento de bem-estar pelo altruísmo que realizam.

PALABRAS CLAVE

Autismo. Cuidadores. Psicologia ambiental. Qualidade de vida. Saúde Mental.

REFERENCIAS

- Almeida, M. L. (2017). *A escuta da família frente ao diagnóstico de autismo da criança – um estudo psicanalítico*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia).
- Andrade, A. A., & Teodoro, M. L. M. (2012). Família e autismo: uma revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 5(2).
- Bassani, M. A. (2004). Psicologia ambiental: contribuições para a educação ambiental. In Hammes, V. S. (Org.). *Educação ambiental para o desenvolvimento*

sustentável: proposta metodológica de macroeducação. pp. 153-157.

- Boff, L. (2012). *O cuidado necessário*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil. (2015). Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. *Renda domiciliar per capita*.
- Brasil. (2014). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos *Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012*. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
- Brasil. (2013a). Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013b). Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cornel, A. E. M. (2013). Impacto do Diagnóstico. In Omairi, C. (Org.). *Autismo: perspectivas no dia a dia*. Curitiba: Íthala.
- Dalprá, L. R. (2016). *Autismo e família: Construindo entendimentos*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade EST).
- Dias, C. C. V. (2017). *Mães de crianças autistas: sobrecarga do cuidador e representações sociais sobre o*

autismo. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba).

Favero, M. A. B. (2005). Trajetória e sobrecarga emocional da família de crianças autistas: relatos maternos. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo).

Felippe, M. L., Luft, C. D. B., & Faria, J. G. (2010). A importância da organização dos ambientes para a saúde humana. *Psicol. Soc*, Florianópolis, 22(3), 538-547.

Laureano, C. J. B. (2017). *Recomendações projetuais para ambientes com atendimento de terapia sensorial direcionados a crianças com autismo*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina).

Meimes, M. A., Saldanha, H. C., & Bosa, C. A. (2015). Adaptação materna ao transtorno do espectro autismo: relações entre crenças, sentimentos e fatores psicossociais. *Psico*, 46(4), 414-422.

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Educação*, Porto Alegre, ano XXII(37), 7-32.

Moser, G. (2005). A Psicologia Ambiental: competência e contornos de uma disciplina. Comentários a partir das contribuições. *Psicol. USP*, São Paulo, 16(1-2), 279-294.

Sprovieri, M., & Assumpção JR, F. B. (2001). Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arquivos da Neuropsiquiatria*, São Paulo, 59(2- A), 230-237.

Wiesenfeld, E. (2005). A Psicologia Ambiental e as diversas realidades humanas. *Psicologia USP*, 16(1/2), 53-69.

Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicol Teor Pesq.*, 30(1), 25-33.

MESA 3: CLÍNICA MENTAL

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

“Consumo de drogas: factores que influyen en su distribución, accesibilidad y tipos”.

AUTORES

Miguel Armando Camino Coronel
José Miguel Villaprado Santana

EMAIL DEL AUTOR

miki0072@hotmail.com
josevillaprado@hotmail.com

FILIACIÓN

Médicos postgradistas de la Universidad UTE

OBJETIVO

Investigar la variedad de sustancia psicoactivas que existen en el mercado con sus efectos tanto físico y psicológicos nos encaminan a conocer cuál es su verdadero efecto en el sistema nervioso central que puede activador-estimulador.

CUERPO DEL TEXTO

Al hablar de una droga muy común como es el consumo de cannabis o marihuana hay un aumento exponencial porque existen cambios jurídicos y legales en varios países de Europa y América sobre todo América con cambios recientes en la legalización de esta sustancia.

Se ha visto el aumento de consumo de sustancias psicoactivas sobre todo en adolescentes entre la amplia gama que existen, su distribución cada vez es mayor, al existir grupos gobernantes de la fabricación y distribución con gran poder económico han globalizado estas sustancias creando un mercado sobre todo ilegal, aumentaron grados de violencia e inseguridad, poblaciones jóvenes como son los adolescentes por su limitados ingresos económicos, ha permitido que mantengan un consumo esporádico y limitado que podría abarcarse varios temas de prevención para limitar el consumo, pero como es limitado su parte económica, no es el caso de su distribución ya que no existe límite de edad para la distribución, puede existir desde un compañero de clase como un conocido mayor de edad que sea quien proporcione las sustancias requeridas, es por eso que el consumo aunque sea mínimo tiene una mayor accesibilidad, además que por presentar una facilidad de acceso a sistemas informáticos, pueden tener un aprendizaje mal encaminado que llevaría a un consumo crónico.

CONCLUSIÓN

Conocer las nuevas formas de distribución de sustancias ilegales nos hace pensar la imaginación que existe entre organizaciones delictiva su fácil adaptación para mantenerse en el mercado y sobre todo la dependencia del consumidor,

saber que un síntoma que se está mencionando a nivel psiquiátrico durante la pandemia que es la sensación de ansiedad, dando como punto de opinión un posible síndrome de abstinencia, nos lleva a interrogar más exhaustivamente los antecedentes o hábitos de una persona para conocer qué tipo de droga consume y poder determinar la gravedad y la intensidad de síntomas que pueden sufrir.

PALABRAS CLAVE

Abstinencia, Accesibilidad, Adicción, Cannabis Consumidor, Dependencia, Distribución, Droga, Psiquiátrico,

REFERENCIAS (APA)

Diez, P. X. (2008, diciembre). *Modelos interpretativos del consumo de drogas*. Scielo.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006

Gimferrer, P., Freud, A., Hegewicz, E., & Byck, R. (1980). *Lecturas de Octavio Paz*. Anagrama.

Tipanluisa, G. (2020). *Policía rastreó a una red que repartía droga a domicilio*. El Comercio. <https://www.elcomercio.com/actualidad/policia-red-drogas-domicilio-quito.html>.

UNODC. (2019). *CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICAS 2019 INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS*. United Nations: World Drug Report 2019. https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

“Ayúdame a sanar”

AUTORES

Daniela Jacqueline Castillo Barreto

EMAIL DEL AUTOR

danielacastillobarreto@gmail.com

FILIACIÓN

Alumna PUCE

OBJETIVO

Presentar a la comunidad la existencia de un proyecto de ayuda social sin fin de lucro que, por voluntad de sus creadores, están dispuestos a generar el apoyo suficiente y profesional en la atención psicológica y psiquiátrica de manera, que la dinámica socioeconómica y cultural no sea un impedimento para que grupos vulnerables de nuestra población tengan acceso a la salud mental con la gran ilusión de mejorar sus condiciones de vida.

CUERPO DEL TEXTO

Cada 40 segundos perdemos una vida a causa del suicidio, eso quiere decir que en este momento hay una persona que se

está quitando la vida, eso quiere decir, que en este momento hay una persona que está escribiendo su carta de despedida, eso quiere decir, que, en este momento, hay un padre, una madre, alguien que ama está encontrando a su ser amado sin vida. (*Daniela Castillo, 2021*)

“Ayúdame a sanar” es un proyecto creado para llevar salud mental a personas que tienen los recursos económicos para pagar un tratamiento psicológico y psiquiátrico, desde el año 2020 se puso en marcha un trabajo social, intentando brindar esta oportunidad a población vulnerable, sabiendo, dolorosamente que en todo el mundo día tras día se lucha en la prevención y tratamiento de otras enfermedades, pero no de las enfermedades mentales y emocionales, no al mismo nivel; encontrándonos con la dolorosa realidad de Ecuador, como un país en donde no existe cifras actuales o exactas de lo que vivimos en este campo de la salud, no sabemos cuántas personas hemos perdido y cuántas estamos a punto de perder por la condición sanitaria actual donde seguramente la próxima pandemia será de salud mental.

Por ello durante meses se ha creado un proyecto en el cual gracias al trabajo del Dr. Luis Riofrío en psiquiatría y la Dra. Francisca Barros en psicología, sostiene el tratamiento de más de 100 pacientes, de todos los grupos etarios, donde independientemente de su historia, diagnóstico, recursos económicos, reciben tratamiento médico con profesionales de la salud especialista en el área para recuperar su tan anhelada felicidad y estabilidad.

El proyecto fue creado e impulsado gracias al humanismo de cada médico y profesional que se unió al programa y de-

cedió llevar la salud mental a personas de escasos recursos. Contando con un equipo multidisciplinario que nos ayude a cumplir nuestro objetivo, presentando al departamento de Psiquiatría, el departamento de psicología que es uno de los más grandes que en la actualidad tenemos, siendo un sistema donde psicólogos especialistas se hacen cargo de cada caso que llega a nosotros pidiendo ayuda, de la misma forma a este departamento se incorporó un sistema de voluntariado conformado por estudiantes de últimos niveles de la carrera que colaboran con nosotros en la prevención y promoción de la salud mental. Sin embargo, con forme el tiempo y los casos nuevos llegaron se han ido implementando otros servicios entendiendo a una patología emocional y mental de una manera tan cruda donde su recuperación no dependía solo de un tratamiento psicológico o psiquiátrico, para su recuperación total fue necesario implementar terapias ocupacionales, asesoría legal, servicio médico, incluso equinoterapia.

53,000 casos de suicidio en Ecuador, únicamente 357 fueron evitados (*Armijos, 2021*).

“Que duro fue el día que perdí a Jonathan...cuando me dieron la noticia de su muerte, que duro fue el momento de su entierro, donde su madre con los ojos llenos de lágrimas se culpaba por no haber tenido el dinero suficiente para comprar la medicación que su hijo necesitaba y él en medio de una crisis decidió poner fin a su vida, quizá, si existiera un sistema que garantice que esto no se repita podría al menos pensar que la muerte de Johantan no fue en vano. Ese día del dolor tomé el impulso y me prometí realizar todo lo que estuviera en mi poder para no perder a más personas y finalmente se creó *Ayúdame a Sanar*” (*Daniela Castillo, 2021*)

Hasta el momento hemos dado el alta médica a más de 40 pacientes, familias enteras, y sostenemos alrededor de 100 casos, que reciben su tratamiento y día a día pelean una batalla personal y felizmente la ganan. Aun así, consideramos que aún faltan cosas por hacer, personas a las cuales debemos llegar, pero estamos tan involucrados con este proyecto que esperamos tener el alcance que nos permita decir que Ecuador tiene salud mental.

CONCLUSIÓN

Nadie merece ir a la cama pensando que está “loca”, nadie merece perder a su ser amado por no tener los recursos suficientes para pagar una terapia, nadie merece pagar con su vida las consecuencias de no tener dinero para pagar algo que por derecho no debería faltar, nadie merece llevar una vida triste y sin esperanza, el mundo tiene la necesidad de más profesionales como el Dr. Riofrio, la Dra. Barros, necesitamos de toda la humanidad que caracteriza a las personas que conforman el proyecto para evitar que el suicidio sea una opción.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, salud emocional, tratamiento psiquiátrico y psicológico.

REFERENCIAS (APA)

Armijos, P. (6 de Julio de 2021). 37% más de suicidios se registraron en Ecuador en lo que va del año 2021. *El Universo*, pág. 2.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Alienacion Parental

AUTORES

Lcda. Omaira Stella Morales Zurita

Dr. Edgar Vinicio León Segovia

EMAIL DEL AUTOR

omairamoralesz@hotmail.com

evlon@puce.edu.ec

FILIACIÓN

Personal

INTRODUCCIÓN

Desde la intervención de los equipos interdisciplinarios de las diferentes instituciones que forman parte del Sistema de Protección Integral, se ha logrado visualizar que la alienación parental es una forma de maltrato que nuevamente afecta a los niños, niñas y adolescentes.

OBJETIVO

Realizar el análisis de casos en situación de vulneración de derechos y determinar si la alienación parental es un factor de riesgo que afecta a los niños, niñas y adolescentes.

METODOLOGÍA

Por una serie de análisis de casos con patrones repetitivo, se ve la necesidad de provocar una reflexión sobre la alienación parental, para definirlo como un factor de riesgo que vulnera los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

RESULTADOS

De la reflexión de los casos, se ratifica que la alienación parental es un forma de maltrato a niños, niñas y adolescentes por los padres en situación de separación o divorcio y continúan siendo un conflicto de adultos, donde los padres utilizan a sus hijos y además, dejan en segundo plano la responsabilidad parental.

CONCLUSIONES

Los equipos operativos cuentan con un marco legal que guía la intervención para garantizar los derechos de los grupos de atención prioritaria, en especial de los niños, niñas y adolescentes.

La familia debe ser el espacio armónico, protector de sus miembros que le permita desarrollarse, pero por una serie de factores de riesgo que se presentan en la convivencia y si sus miembros no logran identificar y resolver, da lugar a la vulneración de los derechos de los más vulnerables (niños, niñas y adolescentes).

La alienación parental, no es otra cosa que la disputa de los progenitores, dónde prevalece la visión adulta maliciosa (continuar con violencia psicológica) y no se prioriza el bienestar y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Los equipos interdisciplinarios vienen acompañando a las familias para restituir los derechos, para lo cual debe continuar buscando redes de apoyo que apoye y garantice esta restitución a través del tiempo.

PALABRAS CLAVE

Alienación Parental, Disfuncionalidad, Familia con nuevas estructuras, dinámicas, funciones y roles, Niños, niñas y adolescentes, Progenitores.

REFERENCIAS (APA)

Roles de los miembros de la familia.

<https://www.medicosfamiliares.com/familia/roles-de-losmiembros-de-la-familia.html>

Roles, patriarcado y dinámica interna familiar: reflexiones útiles para Latinoamérica. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, núm. 31, septiembrediciembre, 2010, pp. 388-406.

Familia y ciclo vital familiar. Dra. Judith Estremero y Dra. Ximena Guacia Bianchi.

<https://www.fundacionmf.org.ar/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf>

Aldeas Infantiles SOS Ecuador (2015). Estado de situación y análisis del ejercicio de derechos de los niños, niñas y adolescentes en el Ecuador 2014-2015. Oficina Nacional, 2015. Quito, Ecuador.

Alienación Parental Aciertos y riesgos en los diagnósticos psicológicos forenses, Dr. Paulino Dzib Aguilar.

Disertación previa a la Obtención del Título de Abogada, “Alienación Parental: Fundamento, Alcance y Efectos Jurídicos, a partir del análisis de casos”. Nathalia Leonor Ricaurte Herrera. Quito, Octubre 2017.

Síndrome de Alienación Parental (SAP). François Podevyn (4/4/2001) (francoispodevyn@yahoo.fr)
Actores Protagonistas del Síndrome de Alienación Parental M^a Asunción Tejedor Huerta. Comisión De Derechos Humanos Mexico, Alienación Parental. Isbn: 978-607-8211-22-7

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Factores Asociados con la Conducta de Vapear y su Relación con el Consumo de Sustancias de Abuso en Adolescentes de las Instituciones Educativas de Ambato en el Segundo Trimestre 2021.

AUTORES

MD. Ramos Salinas Irene Sofía

Director Académico: Dr. Carrión Suárez Freddy

Director Metodológico: Mtr. Maldonado Guerrero

EMAIL DEL AUTOR

sofiaramossalinas2018@gmail.com

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

OBJETIVO

Establecer las características de la conducta de vapear y su relación con el uso de sustancias de abuso en los adolescentes de 12 a 19 años de la ciudad de Ambato durante el segundo trimestre de 2021.

CUERPO DEL TEXTO

La prevalencia de uso de cigarrillos electrónicos entre adolescentes está en ascenso aumentando el consumo de nicotina en edades tempranas, cuando el cerebro se encuentra en pleno desarrollo, adicional, el cigarrillo se constituye en puerta de entrada para iniciar el consumo de otras drogas ilícitas como la marihuana y la cocaína. Se caracteriza el comportamiento de vapear en los adolescentes del Ecuador.

Se trata de un estudio de metodología mixta cuali-cuantitativa, el tipo de estudio cuantitativo fue descriptivo, transversal, con una muestra de 1 181 de adolescentes entre 12 a 19 años cursantes de 6 instituciones públicas de la Ciudad de Ambato. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario enviado vía on line a los estudiantes, los datos de las variables cuantitativas se analizaron con medidas de dispersión y las cualitativas con frecuencias relativas y absolutas, para determinar la relación entre las variables cualitativas se calculó Chi cuadrado con significancia estadística si el valor de p era menor de 0.05 e IC 95%. En la metodología cualitativa se utilizaron las entrevistas a profundidad de 9 informantes clave de 18 a 19 años elegidos de acuerdo a los cuestionarios del estudio cuantitativo que afirmaron vapeo y consumo de sustancias de abuso, las entrevistas se transcribieron textualmente se usó el programa de Nube de Palabras se realizaron codificaciones abiertas, axiales y selectiva para la visualización de una Teoría Fundamental Sistemática.

En los resultados obtenidos se evidencia que el 8.1 % de los adolescentes afirma haber probado cigarrillos electrónicos, la edad prevalente de esto usuarios fue de 16 a 19 años y sexo masculino, cursantes de tercero de bachillerato y padres

asalariados con ingreso de 1 salario mínimo. El consumo de cigarrillo electrónico representó un riesgo de 16.56 veces para consumo de marihuana y de 7.97 veces para consumo de cocaína. El análisis cualitativo permitió establecer que la influencia de los amigos y el sabor agradable del cigarrillo electrónico son factores importantes de inicio de consumo, los participantes conocen del daño que puede producirles el cigarrillo electrónico, sin embargo, tienen dificultad para dejar de consumirlo y los programas de rehabilitación no gozan de la aceptación de los participantes de este estudio.

CONCLUSIÓN

El uso de cigarrillos electrónicos se relaciona con factores sociodemográficos, económicos, familiares y constituye un riesgo para el consumo de marihuana y cocaína entre los jóvenes estudiantes.

PALABRAS CLAVE

Adolescente, Cocaína, Cigarrillos electrónicos, Marihuana, Vapeo.

REFERENCIAS (APA)

- Agrawal, A., Madden, P., Martin, N., & Lynskey, M. (2013). Do early experiences with cannabis vary in cigarette smokers? *Drug and Alcohol Dependence*, *128*(3), 255-259. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871612003584?via%3Dihub>
- Allem, J., Dharmapuri, L., Unger, J., & Cruz, T. (2018). Characterizing JUUL-related posts on Twitter.

Drug Alcohol Depend, 1(190), 1-5. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29958115/>

Alvear, G., Santibañez, L., Ramírez, V., & Sepúlveda, R. (2017). Cigarrillos electrónicos. ¿Podemos recomendar su uso? *Rev Chil Enferm Respir*, 33, 118-130. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n2/0717-7348-rcher-33-02-0118.pdf>

Audrain, J., Stone, M., Barrington, J., Unger, J., & Leventhal, A. (2018). Adolescent E-Cigarette, Hookah, and Conventional Cigarette Use and Subsequent Marijuana Use. *Pediatrics*, 142(3). Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30082450/>

Audrian, J. (2018). Adolescent E-Cigarette, Hookah, and Conventional Cigarette Use and Subsequent Marijuana Use. *Pediatrics*, 142(3). Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30082450/>

Blake, C. (2014). El mercado de los cigarrillos electrónicos en España como una estrategia de marketing social. Tesis, ICADE, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Madrid. Obtenido de En Europa, el uso de cigarrillos electrónicos se asoció con una edad más joven

Botero, F., Marroquín, A., Leal, A., Cabarique, C., & Gómez, C. (2019). Sistemas electrónicos de administración de nicotina: ¿una amenaza para el neurodesarrollo de los adolescentes? *Universitas Medica*, 60(4), 1-12. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n4/0041-9095-unmed-60-04-00031.pdf>

- Breland, A., Soule, E., Lopez, A., Ramoa, C., El-Hellani, A., & Eissenberg, T. (2017, Abril). Cigarrillos electronicos: ¿que son y que hacen? *Ann NY Acad Sci*, 1394(1), 5-30. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947026/>
- Dennis-Vatant, C., Merieux, C., Leclerc, L., Duc, H., Berton, C., Jarrige, R., & Pourchez, J. (2019). Relationship between vaping and smoking among 15-year-olds in high school. Results of a descriptive cross-sectional and monocentric observational study conducted in the metropolitan area of Saint-Étienne. *Revue des Maladies Respiratoires*, 36(7), 850-860. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0761842519301317>
- Fadus, M., Smith, T., & Squeglia, L. (2019). The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: Factors influencing use, health implications, and downstream effects. *Drug Alcohol Depend*, 1(201), 85-93. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31200279/>
- FDA. (2020). Vaporizers, E-Cigarettes, and other Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS). Obtenido de <https://www.fda.gov/tobacco-products/products-ingredients-components/vaporizers-e-cigarettes-and-other-electronic-nicotine-delivery-systems-ends>.
- Garbutt, J., Miller, W., Dodd, J., Bobenhouse, N., Sterkel, R., & Strunk, R. (2015, Noviembre-diciembre). Uso de cigarrillos electronicos por parte de los padres. *Acad*

Pediatr, 15(6), 599-604. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26306662/>

Granda, P. (2017). Relación entre niveles de ansiedad y dependencia física a la nicotina, así como su correlación con percepción de salud general y uso de cigarrillo electrónico en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13970/Tesis%20Granda%20Hernandez%2028-09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hershberger, A., Argyriou, E., & Cyders, M. (junio de 2020). El uso de sistemas electronicos de administracion de nicotina esta relacionadp con mayores probabilidades de consumo de alcohol y marihuana en adolescentes: evidencia metaanalitica. *Addict Behav*, 105, 106325. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7197053/>

INEC. (2 019). Población y migración. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

Liquete, L., Pérez, E., Maruán, J., Rodríguez, L., Uribe, F., & Izquierdo, A. (2017). Riesgo percibido sobre el consumo ocasional de tabaco tradicional y electrónico en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 19(74), 127-136. Retrieved from <https://www.redalyc.org/journal/3666/366654789005/html/>

- Llambí, L., Rodríguez, D., Parodi, C., & Soto, E. (2020). Cigarrillo electrónico y otros sistemas electrónicos de liberación de nicotina: revisión de evidencias sobre un tema controversial. *Rev Méd Urug*, 36(1), 59-73. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v36n1/1688-0390-rmu-36-01-153.pdf>
- Lozier, M., Wallace, B., Anderson, K., Ellington, S., Jones, C., & Mikosz, C. (2019). Update: Demographic, Product, and Substance-Use Characteristics of Hospitalized Patients in a Nationwide Outbreak of E-cigarette, or Vaping, Product Use–Associated Lung Injuries — United States, December 2019. *MMWR*, 68(49). Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/pdfs/mm6849e1-H.pdf>
- Mehra, V., Keethakumar, A., Bohr, Y., Abdullah, P., & Taminm, H. (2019). La asociación entre el alcohol, la marihuana, el uso de drogas ilegales y el uso actual de cigarrillos electrónicos entre jóvenes y adultos jóvenes en Canadá: resultados de la Encuesta canadiense sobre tabaco, alcohol y drogas 2017. *Salud Pública de BMC*, 19, 1208. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6721192/>
- Ministerio de Sanidad de España. (2020). Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación 2020. Obtenido de <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrilloselectronicos.pdf>

- Molina, A. (2018). Diagnóstico precoz del consumo de drogas en adolescentes de noveno año a primero de bachillerato en la unidad educativa “ el oro” en la ciudad de Ambato. Tesis, UNIANDES, Facultad de Ciencias Médicas, Ambato. Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9355?mode=full>
- Mondragón, G., Velasco, M., & Bonilla, T. (2017). Caracterización del consumo de sustancias y su asociación con otras variables psicológicas. *Rev Esp Cienc Salud*, 20(2), 49=60. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82572>
- Monraz, S., Regalado, J., & Pérez, R. (2015). El cigarrillo electrónico: Peligro u oportunidad. *Neumol Cir Torax*, 74(2), 82-86. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2015/nt152a.pdf>
- National Academies Press (US). (2018). Public Health Consequences of E-Cigarettes. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507171/>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). Cigarrillos electrónicos (e-cigs) – DrugFacts. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/cigarrillos-electronicos-e-cigs>
- OEA. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019. Obtenido de http://fileserv.idpc.net/library/Informe_Consumo_Drogas_Americas_2019.pdf

- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Octubre/Informe_Universitario_Regional.pdf
- OMS. (2014). Sistemas electrónicos de administración de nicotina Informe de la OMS. Obtenido de https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_CO-P6_10-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Los cigarrillos electrónicos son perjudiciales para la salud. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/23-5-2020-cigarrillos-electronicos-son-perjudiciales-para-salud>
- Overbeek, D., Kass, A., Chiel, L., & Casey, A. (julio de 2020). Una revision de los efectos toxicos de los cigarrillos electronicos/ vapeo en adolescentes y adultos jovenes. *Crit Rev Toxicol*, 50(6), 531-538. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32715837/>
- Qasim, H., Karim, Z., Rivera, J., Khasawneh, F., & Alshbool, F. (sep de 2017). Impacto de los cigarrillos electronicos en el sistema cardiovascular. *J Am Heart Assoc*, 6(9), e006353. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634286/>
- Reyes, C. (2018). La comunicación visual y su influencia en la prevención del consumo de drogas en los estudiantes de bachillerato de la ciudad de

Ambato. Tesis, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Diseño Arquitectura y Artes, Ambato. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28844/1/Reyes%20Carlos.pdf>

Rojas, A., & Morales, J. (2018). Factores sociodemográficos y de mercadeo que inciden en la elección del cigarrillo electrónico. Tesis, Universidad El Bosque, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Bogotá. Obtenido de https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4155/Rojas_Quias%C3%BAa_Andr%C3%A9s_Felipe_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Scutti, S. (2016). Uso de cigarrillos electrónicos en adolescentes aumentó 900% en los últimos años, dice reporte. Obtenido de <https://cnnespanol.cnn.com/2016/12/08/uso-de-cigarrillos-electronicos-en-adolescentes-aumento-900-en-los-ultimos-anos-dice-reporte/>

Sussman, R. (2019). Ficha técnica del cigarro electrónico. Obtenido de https://www.provapeo.org.mx/wp-content/uploads/2019/09/Ficha_Tecnica_6b.pdf

Temple, J., Shorey, R., Lu, Y., Torres, E., & Stuart, G. (Jun de 2017). Uso de cigarrillos electronicos en adultos jovenes: motivaciones y asociaciones con cigarrillos combustibles, alcohol, marihuana y otras drogas ilicitas. *Soy J adicto*, 26(4), 343-348. Obtenido de <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426966/>

- Thiri3n, I., P3rez, R., Zaabert, G., & Barrientos, I. (2019). Respiratory impact of electronic cigarettes and “Low-risk” tobacco. *Rev Invest Clin*, 71(1), 17-27. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30810544/>
- UNODC. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC: el consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas. Obtenido de https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html
- Vel3z, R. (2012). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 a3os. Obtenido de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Encuesta_uso_drogas_CONSEP_08.2013.pdf
- Walley, S., Wilson, K., Winickoff, J., & Groner, J. (2019). Una crisis de salud p3blica: cigarrillos electronicos, vape y JUUL. *Pediatrics*, 143(6), e20182741. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31122947/>

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

P:¿Se debe implementar la educación escolar, o para el bachiller, una introducción a lo que sería la salud mental para en un futuro, evitar problemas de estigma social que en la actualidad se encuentra sobre esta?

R: Es realmente importante que aprendamos sobre salud mental desde el inicial, de hecho, hay cifras alarmantes que están dadas por la Organización Mundial de la Salud, donde 50% de los problemas de salud mental en los adultos inician antes de los 15 años y 75% antes de los 18, esto nos indica que es necesaria y debería ser obligatorio tener educación en salud mental desde los cursos primarios.

R: Es importante que tengamos en cuenta que la salud mental se desarrolla con la personalidad y esto se desarrolla en casa, en los hogares, en la educación que dan los padres, en la forma en la que son educados y en la forma en la que son criados. Es muy importante que también se fomenten escuelas para padres, para que se les enseñe lo que es educación mental para que puedan identificar estos signos, que a veces son muy pequeñitos en los niños y poder llevarlos a tiempo y que puedan ser manejados a tiempo antes de que progresen a una patología como tal. Entonces, creo que estas cosas son primordiales en el manejo de la educación y la de culturizar lo que es la salud mental.

P: ¿Podría decir que aquellas madres que se apegan al modelo de “buena madre” ya se encontraban en un nivel de estrés alto, el cual pudo denotar de mejor manera durante la pandemia, gracias al aumento tanto de la carga profesional como la laboral doméstica?

R: Quiero decir que ninguna madre se apega al modelo de “buena madre”, eso es un modelo construido socialmente, no imaginamos una madre mala, estos son dicotomías muy estrechas, se supone que, en la construcción social de la maternidad, esta maternidad que hemos aprendido porque es construido socialmente, no es algo con lo que se nace como un instinto. Hemos aprendido que la maternidad es una maternidad que tiene determinadas características que implica que seamos, buenas, eso significa que una buena madre es una madre cansada, abnegada, sacrificada, obediente, donador. Piensen en sus madres, imagínese ideal de buena madre. Incluso las mujeres, las personas que no tienen madres idealizadas, hay una idea muy concreta, es una mujer que se apele, se postule, cuando nace un bebé ya está ahí tú estigma de buena madre, entonces, salir de este estigma es un reto social, no es una capacidad personal, no es de la personalidad, no se construye eso. Y lo que la pandemia vino de denunciar la pandemia, es que estas estas identidades maternas son patológicas, o sea, esa idea idealizadora de una madre que en la maternidad solo existe una, o sea, que la mamá sólo hay una, solo el bebé está llorando entonces necesita la madre, Todos estos estigmas, porque son estigmas, son mitos, son creados y reproducido socialmente, aísla mucho esta mujer, no la dejan hablar, no dejan expresar este sufrimiento realmente que puede transformar en este equilibrio mental, realmente, la reproducción es un trabajo,

el trabajo reproductivo no está valorizado, valorado, no tiene recompensa social, entonces la pandemia aumenta este estrés a niveles feísimos, Cuando hablamos de madres, que también son trabajadoras fuera de casa, estos 2 roles dentro de la pandemia de un espacio aislado donde la violencia aumenta, las agresiones aumentan, hasta ver los informes nacionales e internacionales donde las mujeres, fueron bastante más víctimas dentro de este espacio, entonces no hay espacio de comunicación, no hay estrategias de escucha a esta madre entonces, cuando preguntan ¿Qué hacer?, hay que escuchar la madre o a la familia, especialmente a la madre, la primera persona que escuchamos, pero cuando vamos a visitar un bebé un rato. vamos a ver al bebé normalmente es cierto, nadie piensa, vamos a ver está madre, si piensa que la salud mental materna es un espacio muy separado del bebé en esta vida necesitamos ver a esta madre, escuchar que necesita esta madre. La familia alrededor, el contexto, pero especialmente ¿Cuál es el espacio de cuidado? Estas madres trabajadoras tienen espacios de guarderías, tenía lactarios institucionales, tiene un sueldo remunerado mientras están dando lactar, sus compañeros también pueden apoyarlas. Hay toda una ausencia de aporte y de soporte para esta salud integral, es realmente un problema estructural que ya estaba apuntado, y la pandemia vino a dejar bastante más evidente.

P: ¿cómo llegaron a asociar los factores de las redes sociales a la presencia del suicidio en adolescentes woaranis?, ¿Los desencadenantes depresivos de los Waoranis asemejan a los de las comunidades Shuar y Achuar o encontraron otros desencadenantes? Tal vez el doctor Patricio nos pueda contestar esta pregunta.

R: Uno de los resultados interesantes que estamos trabajando en esta investigación, es esa relación que existe entre redes sociales, adolescentes y suicidio. Entre los Waorani es interesante como se ha popularizado, entre jóvenes, sobre todo, las redes sociales, sobre todo el Facebook, y es como una forma de interacción social que justamente va creando una serie de actos, entre ellos lo del suicidio, como les digo, no había datos de los gráficos etnográficos anteriores sobre el concepto suicidio, es decir, como una muerte autoinfligida. Por eso es interesante también como se ve el suicidio entre los viejos guaraníes es decir entre los electos Waorani se veía como una cobardía, como algo que no estaba dentro del ethos cultural porque no había, sí tu como guerrero querías morirte, te ibas y asesinabas o atacabas a tu enemigo, entonces eso también va cambiando, transformando el concepto justamente de valores que es el otro punto que estamos trabajando también en esta etnografía. Lastimosamente por el COVID-19 no se pudo hacer más entrevistas en campo, pero estamos vinculando como les digo y eso es resultados interesantes, y hay otros trabajos en otros países, como las redes sociales, sobre todo el Facebook van configurando nuevos ethos en las culturas, y es interesante porque estas culturas, sobre todo los Waos, como son de reciente contacto podemos ver todavía prácticas y, digamos, antiguas prácticas un poco más de este concepto, más de Cultura tradicional y se van transformando hacia lo ya sería una patología desde la perspectiva occidental.

P: **¿Existen protocolos que disminuyan los diferentes factores que influyen negativamente en los cuadros depresivos mencionados en los estudiantes de Medicina?**

R: No aquí, no en Latinoamérica, pero si hay protocolos en muchas universidades europea, en universidades polacas, y también en Australia, que me basé mucho, como que recoger datos y todo esto. No hay protocolos y la verdad, esto se encarga el Departamento de Bienestar Estudiantil, el de Universidad. Hay algunas universidades que lo hace la Facultad de Medicina, porque les da un tratamiento especial a los estudiantes de Medicina, pero la Universidad debería ser la que se encarga de eso, porque medicina no es la única carrera que es complicada. Si ellos tienen protocolos, inclusive, tienen que ir como que a citas con el psicólogo, hacerles un examen para ver como están. Lamentablemente aquí en Latinoamérica aún no lo hay o no encontré como tal estudios y en la PUCE tampoco lo hay. Obviamente, el estudio deja como recomendación que deberíamos tener esto para tratar de bajar la prevalencia como tal de depresión.

P: **¿La metodología para impartir la materia es una de las causas para que afecte el deseo de estudiar de los estudiantes analizados en su estudio?**

R: Si tiene que ver como tal, los docentes, la metodología, pero en mi estudio como la PUCE es una universidad privada, en cierta manera eso es mucho más controlado, en experiencias con otras universidades eso es un poco más elevado. Todos estos problemas de depresión, como ustedes pueden ver se hace a partir de 5to semestre, entre tercer año, en donde los estudiantes también tienen contacto como tal como un ambiente. Hospitalario, clínico, y entonces, muchas veces todos los estudiantes se quejaban y en todos los relatos de docentes o de doctores fuera de la Universidad. Y que la universidad como tal ya no tiene un control porque ellos ya no

forman parte, pero el estudiante de Medicina está en contacto con todos los doctores, o sea, si van a rotar a un servicio al hospital o a un centro de salud. Entonces ¿es posible evitar esto? Sí, totalmente, pero también tenemos que enseñarles a los estudiantes de medicina porque muchas veces piensan que esto no es un problema, pero esto lo deberíamos denunciar porque ni siquiera es un problema a grandes voces, pueden ir a denunciar en los servicios de docencia de los hospitales. Pero muchos estudiantes solo callan, piensan que es un problema y que ya está ahí y que ya bueno va a pasar, me cambian de rotación, esto genera un problema para los que van a venir después.

LECCIONES APRENDIDAS-CIERRE

FREDDY CARRIÓN: Todas las presentaciones han estado a la altura, ha sido muy grato escuchar de los diferentes ponentes, posturas pero que concuerdan en algo, la salud mental es una construcción biopsicosocial, donde el ambiente social, la construcción social, la familia y otros elementos relacionados a estos juegan un rol importante y desgraciadamente no es valorado adecuadamente. Los Estados, en lugar de dar importancia a estos, cada vez reducen más la colaboración en lo que se refiere a la inversión en salud mental y en la de tratar de reestructurar nuevamente el tejido social. Las manifestaciones de estos problemas se pueden observar a diferentes niveles, por ejemplo, una sociedad como la Wuaorani que se occidentalizo en costumbres, pero también en patologías. De la misma manera, hemos normalizado problemas de depresión y de ansiedad, como por ejemplo en el caso de los mismos estudiantes de Medicina. Para finalizar que hemos hablado de algunas problemáticas importantes como las drogas, las cuales desgraciadamente son una lacra que, en los últimos años, especialmente después de la pandemia, ha aumentado no solamente el consumo, sino que ha traído en sí otros problemas como la ola de delincuencia que nosotros en la actualidad estamos viviendo. Finalmente, esta desestructuración social también se ve influenciado en la familia, razón por la cual tenemos estos problemas de alienación parental en los cuales las víctimas son los niños y por ende, en algún momento este ciclo se va a perpetuar.

Agradecemos a los panelistas por sus brillantes presentaciones, agradecemos también a nuestros compañeros Diego Castro y Juan José Andrade. Agradecimiento por supuesto a los espectadores por haber participado con nosotros en esta jornada académica. Un abrazo y que tengas una muy buena tarde.

**Etnografías
de la Salud,
la Enfermedad, la
Atención y
el Cuidado**

Eje

4

Introducción del Eje

El Eje busca reunir y convocar investigaciones situadas que aborden los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado, desde diversas trincheras, haciendo énfasis en los abordajes etnográficos. Partimos del reconocimiento de que, a pesar de ser un tema muy debatido en las ciencias sociales y médicas, el paradigma biomédico continúa siendo el eje vertebrador de las ciencias de la salud contemporáneas, con su consecuente foco en una mirada biologicista de la enfermedad y de su manera de abordarla/resolverla.

A partir de intercambios académicos que contemplen una mirada integral de las diversas prácticas y conocimientos sobre la salud, pondremos en diálogo experiencias de investigación sobre temas relativos a la búsqueda de bienestar de las personas, y cómo éste es percibido y conceptualizado por los propios actores sociales. Los fenómenos de la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado serán vistos desde un espectro holístico, en vínculo ineludible con lo social, lo político, lo cultural y lo ecológico-ambiental.

Procuramos recuperar y debatir acerca del crucial rol de la etnografía y sus amplios caminos recorridos en Iberoamérica, así como sobre la antropología médica y de la salud, disciplinas académicas imprescindibles frente al auge de las nociones biomédicas o economicistas del bienestar

humano. A través del Eje: Etnografías de la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado, identificaremos aportes cualitativos desprendidos de nuevas investigaciones para la comprensión de los procesos de la salud/enfermedad/atención; promovemos también la presentación de aportes sobre acciones colectivas por los derechos de la salud y la conformación de los actores sociales implicados en este campo.

Se propone este Eje como espacio de debate científico de diversas investigaciones y estudios etnográficos que nos demuestran la importancia no solo de curar sino de sanar.

PONENCIAS

Mesa 1: SALUD, ENFERMEDAD Y DIVERSIDADES CULTURALES

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

La Salud de los Indígenas Embera Chamí del Municipio de Pueblo Rico (Risaralda, Colombia)

AUTORES

Milena Bautista Gómez, PhD

EMAIL DEL AUTOR

mmbautista@cideim.org.co

FILIACIÓN

Centro Internacional de Entrenamiento e Investigación Médica – CIDEIM

INTRODUCCIÓN

La búsqueda de soluciones que contribuyan a la salud inclusiva y asequible han demostrado la necesidad de abordar los problemas de salud desde una perspectiva que vincule los procesos socioculturales y territoriales. En este sentido, en el marco del proyecto de investigación: “Estimación de la carga oculta de la Leishmaniasis cutánea mediante el mapeo predictivo del riesgo y la cuantificación del sub-registro y la efectividad del tratamiento estándar”, se realizó un análisis de contexto en Pueblo Rico (Risaralda) y los principales resultados se presentan a continuación.

OBJETIVO

Comprender el contexto sociocultural del municipio de Pueblo Rico para la implementación de investigaciones en enfermedades infecciosas.

METODOLOGÍA

La información que se presenta a continuación es el resultado del análisis cualitativo etnográfico de los datos obtenidos durante el trabajado de campo, a través de 30 entrevistas a líderes locales y trabajadores de la salud, 12 diarios de campo y registros fotográficos, un mapeo de stakeholders, así como los datos documentales e históricos recolectados de otras fuentes.

RESULTADOS

Algunos de los hallazgos principales incluyen: 1) La importancia de la atención diferencial desde el punto de vista territorial y sociocultural, pues Pueblo Rico se encuentra segregado espacial y socialmente en microterritorios,

siendo la población Embera Chami quien habitan la zona selvática de mayor aislamiento. 2) La necesidad de acciones lógicas en términos institucionales, territoriales, culturales y comunitarios, pues la población Embera Chami es compleja de intervenir por las fracturas sociales producto de procesos históricos de exclusión social, violencia y pobreza. 3) Los conflictos culturales causados por la falta de reconocimiento de diferencias culturales afectan la efectividad de las intervenciones de salud debido a la discordancia entre las acciones institucionales y la respuesta de la comunidad, y la falta de perspectiva cultural de las intervenciones.

CONCLUSIONES

La formación de la comunidad es prioritaria y se deben utilizar metodologías apropiadas. En el caso de la población de Pueblo Rico, el aprendizaje es de tipo experiencial y las barreras comunicativas tiene gran incidencia en el proceso de aprendizaje.

Las intervenciones en salud deben diseñarse teniendo en cuenta los recursos sociales (conocimientos y prácticas en salud de la comunidad) y los recursos institucionales (red de instituciones).

Es importante tener un enfoque integral de la salud, que incluya la dimensión cultural. Así como un enfoque diferencial para comunidades indígenas.

La articulación entre las instituciones de salud, sociales y educativas facilita las intervenciones, ya que se pueden aprovechar espacios comunitarios ya existentes, y articular recursos como los trabajadores de la salud rurales y los recorridos de campo.

La participación de la comunidad en el diseño, ejecución y evaluación fortalece las intervenciones comunitarias.

PALABRAS CLAVE

Perspectiva holística de la salud, determinantes sociales de la salud, conflictos culturales en salud.

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Reflexiones sobre Salud, Enfermedad y Cuidado a partir de la Ruta de la Salud Indígena Amazónica.

AUTORES

Catalina del Carmen Campo Imbaquingo
Patricia Granja Hernández

EMAIL DEL AUTORA

kankataec@gmail.com

FILIACIÓN

Universidad UTE - HIVOS

OBJETIVO

Promover cambios estructurales en los sistemas y redes de salud para reducir el impacto de la COVID-19 en las vidas, organizaciones y territorios de las poblaciones indígenas de la Amazonía de Brasil, Ecuador y Perú, y mejorar el acceso a medidas de atención, prevención y protección; posicionando los derechos y culturas de los pueblos indígenas al núcleo de los sistemas de salud pública

CUERPO DEL TEXTO

La “Ruta de la Salud Indígena Amazónica” se desarrolla con la participación activa de líderes y lideresas de varias organizaciones que incluyen a CONFENIAE en Ecuador, FENAMAD en Perú y CTI en Brasil, y nace como una propuesta frente a la escasa respuesta de los Estados a la pandemia de covid-19.

El reto fue generar colectivamente alternativas interculturales y transdisciplinarias para que la Ruta se amolde a las realidades amazónicas en los territorios de implementación del proyecto a partir de cuatro ejes:

1. Colocar al centro de los sistemas de salud los derechos de pueblos y nacionalidades indígenas de la Amazonía.
2. Adaptar con visión intercultural el material de comunicación relacionado con covid-19.
3. Fortalecer la lógica de cuidado y la integración de los conocimientos ancestrales a través de la formación de promotores de salud comunitarios.
4. Fortalecer las capacidades de vigilancia epidemiológica de base comunitaria.

CONCLUSIÓN

La incidencia del enfoque intercultural, para repensar la epistemología en salud en acciones concretas como la formación de promotores de salud, generar insumos para la toma de decisiones a partir de las percepciones generadas en la investigación cuali – cuantitativa y la generación de la

aplicación para el seguimiento comunitario desde la soberanía de la información lograron: Visibilizar otros problemas de salud y ambiente que detonaron con la pandemia, fortalecer la autonomía de los pueblos indígenas y fortalecer los diálogos de saberes para gestionar los diálogos de haceres.

PALABRAS CLAVE

Derechos de Pueblos y Nacionalidades, Interculturalidad, Promotores Comunitarios, Sistemas de Salud.

REFERENCIAS (APA)

Argueta, A., & Frias, P. (2015). La ruptura de las fronteras imaginarias o de la multi a la transdisciplina. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Siglo XII Editores.

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *jech-2020-214401*.
<https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>

Campos - Navarro, R. (2016). *Antropología médica e interculturalidad*. Mc Graw Hill Education

Curtice, K., & Choo, E. (2020). Indigenous populations: left behind in the COVID-19 response. *The Lancet*, *395(10239)*, 1753. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31242-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31242-3)

- Hermida, C. (2017). SumakKawsay y salud. Aportes para la política pública de salud en Ecuador. Ecuador: Ediciones Abya Yala
- Langdon, E. & Braune, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latinoamericana Enferamgen*, 177 - 185.
- Lugo - Morin, D. (2015). Resiliencia adaptativa. Un marco para el diseño de políticas públicas. Ecuador: Ediciones Abya Yala
- Organización de Estados Americanos. (2020). Comunicado de la Secretaría General de la OEA sobre situación de la población indígena durante la crisis del COVID-19. Referencia: C-029/20. Retrieved from https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-029/20
- Romaní, Oriol (ed). (2013). Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto. Publications URV.
- Toledo, V. & Barrera - Bassols N. (2018). La memoria biocultural. Importancia ecológica de las sabidurías tradicionales. Colombia: Editorial Universidad del Cauca.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Confianza de los Pacientes con relación a los Servicios de Atención Sanitaria. Estudio Cualitativo.

AUTORES

Miguel Ángel Bolaños Noroña
María Belén Buitrón Bustamante

EMAIL DEL AUTOR

bmikemp@hotmai.com

FILIACIÓN

PUCE. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Medicina Familiar y Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

La confianza es un medio para disminuir las complicaciones ante un resultado futuro, en el ámbito médico, esto es importante durante la atención sanitaria influyendo en la obtención de datos, en la realización de los exámenes y en la aceptación de los tratamientos que se han propuesto (Hevia, 2006).

La confianza generada en el paciente por parte del personal de salud inicia durante la interacción en la consulta, en donde la comunicación es un parámetro importante (Ramos, 2008), esta relación se ve influenciada por factores externos como la estructura y el modelo de gestión de las unidades de salud (Goold, 2002), en nuestro país el Sistema Nacional de Salud está conformado por dos sectores: el público y el privado que mediante su ente rector el MSP, se encarga de controlar a todas las entidades de salud, brindar el financiamiento y proveer servicios de salud de calidad, mediante el empleo de recursos humanos y técnicos (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

El presente estudio tiene la finalidad de valorar la percepción de los pacientes relacionado a la confianza generada por parte del profesional, además tiene en cuenta los elementos técnicos de la unidad que pueden interferir en su desarrollo.

OBJETIVO

Identificar los factores percibidos que construyen confianza en los pacientes en diferentes escenarios de atención.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio exploratorio con diseño cualitativo, en una corriente teórica etnográfica; mediante 26 entrevistas semiestructuradas, sobre los factores que generan confianza en relación con la unidad médica y el profesional de salud. Complementado con grupos focales.

RESULTADOS

Se indican la importancia que tienen los elementos de las unidades de salud para la construcción de confianza, como: cercanía, accesibilidad, servicios, los espacios, tiempo de espera y de atención. Sobre el profesional de salud: la resolutiveidad, investigación, calidad humana, su comunicación.

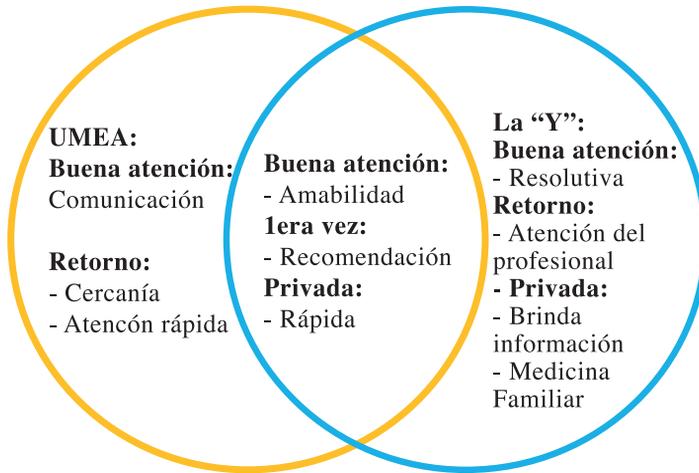


Figura 1: Comparación de Atención Sanitaria como Factor de Confianza.

CONCLUSIONES

La construcción de confianza por parte del paciente se fundamenta en la relación con los profesionales de salud y con la unidad de salud.

Los participantes consideran una buena atención la que se realiza con cordialidad y que presenta una comunicación adecuada durante la consulta.

La diferencia entre el sistema público y privado radica en la rapidez de la atención.

PALABRAS CLAVE

Confianza. Profesional de salud. Sistema de salud.

REFERENCIAS (APA)

- Goold, S. D. (2002). Trust, distrust and trustworthiness: Lessons from the field. *Journal of General Internal Medicine*, 17 (1), 79–81. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.11132.x>
- Hevia, F. (2006). Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México. *Rev Chil Salud Pública*, 10(2), 107–111. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2010.2806>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2), 177–187. <https://doi.org/10.1590/S003636342011000800013>
- Ramos, C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de medicina del hospital carrión, Callao-Perú. *Facultad de Medicina*, 1(relacion enfermero paciente), 15. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-5583200800jb,b0100003

MESA 2: EXPERIENCIAS ETNOGRÁFICAS DE LA SALUD, ENFERMEDAD Y LA ATENCIÓN

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Etnografías de violencia sistémica para evidenciar su excepcionalidad.

AUTORES

Ana Mercedes Martínez-Pérez

EMAIL DEL AUTOR

ana.martinez@urjc.es

FILIACIÓN

Profesora titular de sociología, Universidad Rey Juan Carlos

INTRODUCCIÓN

La violencia del sistema sociocultural constituye en sí misma un objeto de estudio para la antropología de la salud en el marco explicativo de las patologías sociales. A fuerza de no analizar la violencia, estamos llegando a su normalización e incluso a banalizarla, haciendo que parezca inherente a

nuestra condición humana la cohesión social por violencia. Violencia como problema de salud pública y como un aspecto que nos hace valorar que la salud primero es social y luego, política, psicológica y biológica. Si atendemos un problema social con herramientas individuales, cabe esperar un margen de error muy alto en su resolución.

OBJETIVO

Aplicar la etnografía al análisis de la violencia sistémica con el fin de deshacer un proceso de normalización que nos hace verla como inherente a la condición humana. Desarrollar un modelo aplicado de salud basada en narrativas para pasar de un nivel micro de análisis a otro macro sociológico que se ajuste más a la determinación social de la salud.

METODOLOGÍA

Observación participante con registro en el diario de campo y entrevistas en profundidad que permiten la construcción de relatos biográficos de personas que han vivido alguna de las experiencias de violencia sistémica estudiadas.

RESULTADOS

Los casos clínicos que sirven al modelo biomédico para establecer horquillas y prevalencias quedan articulados con los relatos de violencia sistémica en primera persona de quien la ha vivido. Verbalizar la experiencia de la violencia sufrida permite hacerla consciente, facilitando que la persona se atreva a transitar el dolor con la complicidad de quien escucha.

CONCLUSIONES

Deducimos que la visión particular de quien sufre la violencia resulta una metonimia de cuanto está ocurriendo en la sociedad en su conjunto. Se trata, al fin, de un problema social que es tratado con herramientas generadas por la propia sociedad para un empoderamiento en salud individual y comunitario. También los relatos biográficos construidos pueden servir como herramienta didáctica para la formación de grado de profesionales de salud y formación continuada del personal socio-sanitario. De hecho, estos mismos relatos como experiencias vividas están siendo utilizados en talleres de auto y heterocuidado en salud de este tipo de profesionales que trabajan cada día atendiendo a personas que han sufrido violencia y tienen la dificultad de abordar un problema de salud social que no puede ser resuelto de modo individual.

PALABRAS CLAVE

Violencia sistémica, Narrativas, etnografía, relatos biográficos.

REFERENCIAS

Breilh, Jaime. 2013 la determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública. Bogotá: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-Breilh%2C%20J.-La%20determinacion.pdf>

Martínez-Pérez, Ana M. 2020 Desvelando el iceberg: relatos de violencia sistémica. Quito: Universidad de las Américas.

Pink, Sarah 2015 Going Forward Through the World: Thinking Theoretically About First-Person Perspective Digital Ethnography Integrative Psychological and Behavioral Science DOI 10.1007/s12124-014-9292-0



PONENCIA 2

TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Lactancia materna entre empleadas y estudiantes universitarias. Una aproximación antropológica al trabajo del cuidado

AUTORA

Daniela Soledad Ochoa Pilco3.

FILIACIÓN

Universidad Politécnica Salesiana

INFORMACIÓN DE CONTACTO

dochoa@ups.edu.ec Tel:09925450055

RESUMEN

El trabajo de investigación que se presentará como ponencia, vincula las experiencias de lactancia materna (como concepto biocultural) y el trabajo del cuidado entre empleadas y estudiantes universitarias urbanas. Se discutirá como en el capitalismo patriarcal el valor de lo que se ha denominado como trabajo de “reproducción” ha sido interiorizado en el sistema de trabajo y se ha desprestigiado la lactancia al punto de invisibilizarla o subordinarla por estar categorizada en la esfera de lo privado en los espacios universitarios que están regidos por condiciones de producción y regímenes

patriarcales. En este estudio revisaremos la experiencia de 11 empleadas y estudiantes universitarias de la ciudad de Quito y sus prácticas, creencias y estrategias que despliegan en el ámbito universitario para sostener la conciliación entre estudios, empleo y la lactancia de sus criaturas. Este análisis reviste de importancia porque permite poner a discusión el trabajo del cuidado, y la lactancia en específico, desde el punto de vista sociocultural. Tema que debería ser tratado como un asunto de interés público en los espacios educativos para mejorar la persistente inequidad que viven las mujeres.

PALABRAS CLAVE

Lactancia, universidad, mujeres, cultura.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

La convivencia del modelo biomédico en la construcción de la categoría “discapacidad” en Ecuador.

AUTORES

Gonzalo Fernando Schmidt Martínez

EMAIL DEL AUTOR

Schmidt_gonzalo@yahoo.com.ar

FILIACIÓN

FLACSO, Sede Ecuador

OBJETIVO

Esta ponencia aborda a la “discapacidad” desde la gestión socioestatal, para aproximarse a las críticas que colectivos de personas con discapacidad (a propósito de la pandemia y un caso de corrupción), impugnaron la hegemonía del modelo biomédico, que persiste y contradice el enfoque de derechos promovido por la agenda estatal en las últimas décadas en Ecuador.

CUERPO DEL TEXTO

La categoría “discapacidad” ha sido considerada desde el discurso científico, un cimiento para clasificar ciertas corporalidades mediante la intervención directa sobre el cuerpo conducente a su corrección, rehabilitación o normalización (Palacios, 2008; Brogna, 2009; Ferrante, 2015). El modelo biomédico ha jugado un papel clave por su vínculo con la gestión estatal desde el siglo XIX (Laplacette y Vignau, 2010). Así, el discurso biomédico ha devenido en hegemónico, desplazando a otros discursos hasta erigirse como la única forma científica amparada por el Estado (Menéndez, 1983; 1984)

En Ecuador, para la década de los noventa se generaron repertorios jurídicos e institucionales que, en parte, mantendrán vigencia en la actualidad, donde la categoría “discapacidad” deviene en dispositivo (Deleuze, 1989; Foucault, 1984), al configurar la relación socioestatal mediante la articulación del saber biomédico con el poder del estado: una persona con un déficit orgánico se somete a una evaluación para obtener una calificación que se traduce en un porcentaje; si obtiene un 30% o más, el Estado le otorga un carnet que lo acredita como persona con discapacidad, y con ello, el acceso a las medidas de acción afirmativa que contempla la política pública.

Esta modalidad inaugurada en la década de los noventa se ha mantenido estable hasta la actualidad, pues, más allá del clima político y la adopción de un enfoque basado en los derechos de las personas con discapacidad (ONU, 2008), ha sido la forma hegemónica para toda la cadena de articulación de la política pública y vínculo del Estado con las personas con un déficit

orgánico. El saber biomédico decide quién accede a un carnet de discapacidad, el poder del Estado reside en otorgarlo. Concebir a la “discapacidad” como un dispositivo, es observar cómo se generan comportamientos, actitudes y prácticas que promueven formas específicas de subjetividad, pero a su vez, modos de desidentificación o espacios de resistencia a esas subjetividades.

Por lo anterior, este dispositivo fue puesto en entredicho a raíz de la pandemia y el descubrimiento de una red de corrupción, gestada en torno a la emisión fraudulenta del carnet de discapacidad. Por un lado, la pandemia tuvo efectos dramáticos en Ecuador, la bienvenida al virus fue con políticas de austeridad fiscal y escasos recursos en la seguridad social. Por otro lado, equipos calificadoros y otros agentes del sistema de salud vendían carnets de discapacidad, a fin de que terceros accedieran a beneficios tributarios para poder ingresar vehículos de alta gama al país.

Frente a este escenario, se instalaron contundentes críticas al carnet de discapacidad como nexo entre la política pública y las personas con un déficit orgánico, puesto que todas las medidas de acción afirmativa están diseñadas y ejecutadas por el flujo de información que se recolecta en el proceso de registro de la población poseedora del carnet. Entonces, como este proceso se había corrompido, acaeció un malestar que generó una intensa acción política directa por parte de asociaciones de personas con discapacidad, logrando instalar el tema en la agenda pública, apuntalando críticas y exigiendo reformas a estas modalidades instituidas de la gestión socioestatal.

CONCLUSIÓN

A partir de la pandemia y la red de corrupción, se impugnó por primera vez desde el movimiento asociativo de discapacidad, la hegemonía del modelo biomédico anclado en la estatalidad, cuestionando sus procedimientos para acreditar una noción medicalizada de la “discapacidad”; se exigió una forma de obtener el carnet ajustado a la realidad social y cultural del Ecuador. Se evidenció el carácter ambiguo de los parámetros inclusión/exclusión, que operan en los criterios de una supuesta objetividad del procedimiento para determinar un porcentaje, y, más importante aún, la categoría “discapacidad” se invistió de actores políticos directos, que se enuncian para ser pensados más allá del diagnóstico biomédico.

PALABRAS CLAVE

Asociaciones, Discapacidad, Dispositivo, Modelo biomédico

REFERENCIAS (APA)

Brogna, P. (2009). *Las representaciones de la discapacidad: la vigencia del pasado en las estructuras sociales presentes*. En P. Brogna (Comp.) Visiones y revisiones de la discapacidad, (pp. 157-187). México: Fondo de Cultura Económica.

Deleuze, G. (1989). *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.

Ferrante, C. (2015). *Políticas de los cuerpos, discapacidad y capitalismo en América Latina. La vigencia de la tragedia médica personal*. Inclusiones, Revista de Humanidades y Ciencias Sociales, 33-53.

- Foucault, M (1984). *Saber y Verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Laplacette, G. y Vignau, L. (2010). *Medicalización de la salud*. En Cannellotto, A. y Luchtenberg, E. (Comp.) *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades* (pp. 53-61). Buenos Aires: UNSAM EDITA.
- Menéndez, E (1984). *El problema del Alcoholismo y la Crisis del modelo Médico hegemónico*. Cuadernos Médicos Sociales, 7-23.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Nueva York. Organización de las Naciones Unidas (3 de mayo de 2008). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de https://www.ohchr.org/documents/publications/advocacytool_sp.pdf
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre las personas con discapacidad*. Madrid: Grupo Editorial CINCA.

MESA 3: CALIDAD DE VIDA: SALUD, ENFERMEDAD, ATENCIÓN

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Exposição de Doentes Renais Crônicos aos Agrotóxicos.

AUTORES

Greice Kelli de Medeiros Martins¹
Natalia Veronez da Cunha Belinatti²
Lenita Agostinetto²

EMAIL DEL AUTOR

greice.nefro@uniplaclages.edu.br
nat_cunha@uniplaclages.edu.br
prof.leagostinetto@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

1. Médica nefrologista, mestranda do curso de mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC)
2. Docente do Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde-Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC)

INTRODUCCIÓN

O rim é um órgão que executa funções vitais no organismo humano (BASTOS, 2010). A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde mundial y normalmente e evolução da doença é silenciosa, progressiva e irreversível (FERNANDES et al., 2016).

Estima-sé que a doença renal crônica afeta mais de 10% da população adulta mundial (CANZIANI; KIRSZTAJN, 2013). Vários podem ser os fatores de risco para a ocorrência de doenças renais crônicas, dentre elas, a exposição aos xenobióticos (VALCKE et al., 2017). Os agrotóxicos consiste em um tipo de xenobiótico, cujo uso é crescente no Brasil. A exposição aos agrotóxicos pode desencadear o desenvolvimento de doenças, tais como, a doença renal crônica (DRC) (LEBOV et al., 2014; JAYASUMANA et al., 2015; VALCKE et al., 2017; HASSANIN et al., 2018).

OBJETIVO

O objetivo foi avaliar a exposição aos agrotóxicos em doentes renais crônicos em tratamento dialítico.

METODOLOGÍA

Foi feita uma pesquisa de campo, quantitativa e descritiva com 90 pacientes portadores de DRC em tratamento dialítico em duas unidades de hemodiálise situadas no Estado de Santa Catarina, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário. O questionário foi aplicado nas Clínicas de Hemodiálise durante o tratamento dos pacientes. O período de coleta de dados foi de julho de 2020 a março de 2021. Salienta-sé que todos os preceitos éticos foram adotados para a realização da

pesquisa. Após coleta os dados foram planilhados, organizados e analisados pela estatística descritiva.

RESULTADOS

A idade média dos participantes foi de 60,4 años ($\pm 14,1$; mínimo = 23; máximo = 96). A maioria dos participantes foram do sexo masculino (66,7%). Dos 90 pacientes, 30% foram expostos aos agrotóxicos. O tempo médio de exposição foi de 6,7 horas, cuja exposição ocorreu em média, na maioria dos casos, 3 años (± 2 ; mínimo = 0,5 años; máximo = 9 años) antes do aparecimento da doença renal.

CONCLUSIONES

De modo geral, esta pesquisa evidencia que os agrotóxicos podem ser fatores desencadeadores da DRC. Sugere-se ampliar pesquisas nesta área, principalmente de cunho experimental, que possam comprovar a relação entre a exposição aos agrotóxicos e a DRC.

PALABRAS CLAVE

Pesticidas. Nefropatias. Fator de risco.

REFERENCIAS (APA)

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença Renal Crônica: Frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Revista da Associação Médica Brasileira, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p.248-253, 2010.

CANZIANI, M. E. F; KIRSZTAJN, G. M. Lesão Renal Crônica Manual Prático. 2. ed. São Paulo: Balieiro, 2013.

FERNANDES, M. I. C. D. et al. Alterações cardiovasculares y pulmonares em pacientes submetidos à hemodiálise. Revista Enfermagem UERJ. v. 24, n. 3, p.1-7, 27 2016.

HASSANIN, N. M. et al. Association between exposure to pesticides and disorder on hematological parameters and kidney function in male agricultural workers. Environmental Science and Pollution Research, v.25, p.30802–30807, 2018.

JAYASUMANA, C. et al. Drinking well water and occupational exposure to Herbicides is associated with chronic kidney disease, in Padavi-Sripura, Sri Lanka. Environmental Health, v. 14, n.6, p.1-10, 2015.

LEBOV J. F. et al. Uso de pesticidas y risco de doença renal terminal entre aplicadores de pesticidas licenciados no Agricultural Health Study. Ocupational & Environmental Medicine, v.73, n. 3, p. 3–12, 2016.

VALCKE, M. et al. Pesticide exposures and chronic kidney disease of unknown etiology: an epidemiologic review. Environmental, v.16, n. 49, p.1-20, 2017.

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Índice de Barthel modificado: adaptación sociocultural y semántica para adultos mayores en los Andes del Ecuador

AUTORES

Kuripacha Alcamari Tituaña Vega
Isabel Magdalena Ayala Guilcapi

EMAIL DEL AUTOR

kuri.tituana@gbhi.org
isabelayala.geriatra@gmail.com

FILIACIÓN

Geriatra y gerontóloga. Senior Atlantic Fellow for Equity in Brain Health at the Global Brain Health Institute. California, USA.

Geriatra y gerontóloga - Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población envejecida a nivel global ha generado retos y cambios en las sociedades, en la medicina y en los servicios de salud. En Ecuador la inequidad social hace

que los adultos mayores rurales en condiciones de pobreza o extrema pobreza, donde la desigualdad ha sido parte de su vida experimenten la vejez de manera distinta a la de sus pares urbanos. En geriatría, la independencia funcional es la capacidad de realizar las actividades básicas diarias que le permiten al sujeto ser autónomo, y para su evaluación existen múltiples herramientas o también denominadas escalas que nos permiten medir el desempeño en dichas actividades y clasificar el estado funcional de la persona (Abizanda Soler & Rodríguez Mañas, 2015; De la Fuente-Bacelis J et al., 2010; Pedro Gil Gregorio et al., 2011).

El entorno social, económico, demográfico y cultural influirá en el proceso de salud-enfermedad; reconocerlos permitirá una atención diferenciada y más precisa (Freire et al., 2010). Las escalas de evaluación funcional que en su mayoría se han creado en países desarrollados, en entornos urbanos y/u hospitalarios; quizás no sean aplicables en su totalidad en ambientes distintos a donde fueron creadas. Por ello nace la necesidad de realizar estudios cualitativos y cuantitativos para probar su aplicabilidad y adaptarlas de ser necesario para evaluar el estado funcional del adulto mayor en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

OBJETIVO

Adaptación cualitativa del Índice de Barthel Modificado para la evaluación funcional de adultos mayores rurales en los Andes del Ecuador.

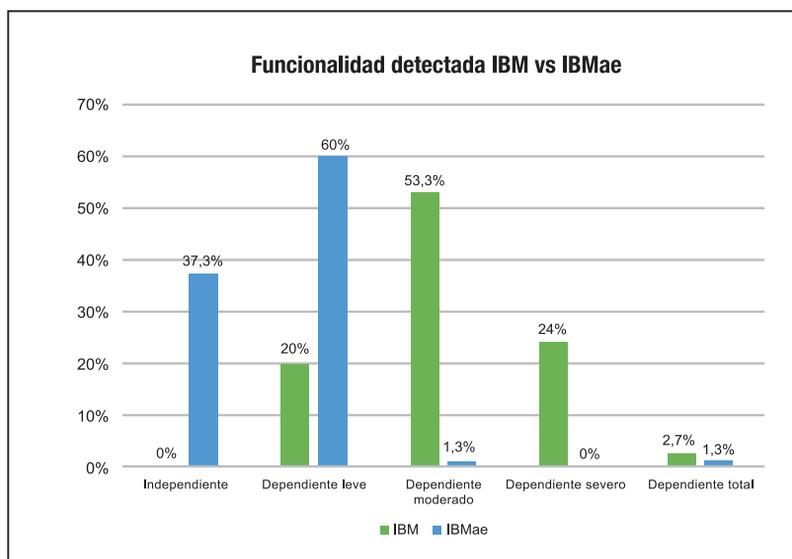
METODOLOGÍA

Estudio etnográfico a adultos mayores andinos del Ecuador 2019 – 2020. Inicialmente se entrevistó a tres expertos en

salud intercultural y se identificaron grupos representativos de la parroquia de Toacaso – Cotopaxi. Posterior de realizó una etnografía a 10 adultos mayores de 65 años (5 hombres – 5 mujeres), lo cual permitió la adaptación semántica del Índice de Barthel Modificado. Finalmente, se aplicó de manera simultánea la versión estándar y la versión adaptada ecuatoriana a 75 adultos mayores indígenas y mestizos para su validación.

RESULTADOS.

Adaptación de la versión en español del Índice de Barthel Modificado (IBM) al contexto sociocultural y semántico rural andino ecuatoriano; con la etnografía como base se alcanzó la validación de la versión adaptada del IBM.



Fuente: elaboración propia

IBM: Índice de Barthel Modificado

IBMae: Índice de Barthel Modificado adaptado versión ecuatoriana

El lenguaje utilizado por la versión original del IBM representó la principal barrera de comunicación, afectado así directamente el puntaje de la escala. El Índice de Barthel Modificado adaptado versión ecuatoriana (IBMae) permitió identificar mayor cantidad de personas independientes funcionales y/o con dependencia leve al facilitar la comunicación entre entrevistado y entrevistador.

CONCLUSIONES

La adaptación sociocultural del MBI facilita la comunicación para evaluar la funcionalidad de los adultos mayores que viven en zonas rurales de los Andes del Ecuador.

El contexto social y cultural particular de las poblaciones deben ser considerados para aplicar escalas que requieren una comprensión verbal de los individuos.

Planteamos la hipótesis que la baja condición socioeconómica de esta población les exigió mantener una mayor funcionalidad. Las paradojas a analizar son, mayor funcionalidad física como consecuencia de condiciones de pobreza o mayor funcionalidad, pero no dignidad ni calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Adaptación social, Escala Modificada de Barthel, Modified Barthel Index, Validez.

REFERENCIAS (APA)

Abizanda Soler, P., & Rodríguez Mañas, L. (2015). Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. In P. Abizanda Soler &

L. Rodríguez Mañas (Eds.), *Elsevier España*. Elsevier España.
<https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-120-4.00022-7>

De la Fuente-Bacelis J, T., Quevedo-Tejero C, E., & Zavala Gon-, M. A. (2010). *Functionality for Activities of Daily Living in the Rural Elderly*. <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719083001.pdf>

Pedro Gil Gregorio, C., Paloma González García, D., Gutiérrez Rodríguez, J., & Verdejo Bravo, C. (2011). *Manual del residente en Geriatría*. [https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion de Calidad SEGG/Residencias/ManualResidenteGeriatría-2.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/ManualResidenteGeriatría-2.pdf)

Freire, W., Rojas, E., Pazmiño, L., Fernasini, M., Tito, S., Buendía, P., WATERS, W., SALINAS, J., & ÁLVAREZ, P. (2010). *Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento - SABE I Ecuador 2009 - 2010* (FAUSTO SEG). <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>

PONENCIA 3

TITULO DE LA PONENCIA

Qualidade de Vida em Pacientes com Lesão do Manguito Rotador.

AUTORES

Thadeu Cândido da Rocha*

Lilia Aparecida Kanan**

Anelise Viapiana Masiero***.

O estudo teve por objetivo avaliar a relação entre as lesões do manguito rotador e a qualidade de vida. Participaram do estudo 39 pacientes com lesão do manguito rotador. Para avaliação foram utilizados quatro questionários: DASH (funcionalidade), WORC e WHOQOL-BREF (qualidade de vida) e PSQI (qualidade do sono). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e testes de correlação entre escalas. O perfil dos pacientes se caracterizou pelo sexo feminino, média de 55 anos de idade e com queixas superiores a 50 meses, na maioria não tabagistas e com mecanismo de lesão traumático. A lesão do manguito rotador coincide com a dominância, sendo a lesão total a mais prevalente. O questionário DASH não apresentou diferença significativa entre os padrões de lesão, embora quase metade dos pacientes possui distúrbios funcionais graves do ombro. A qualidade de vida mensurada pelo questionário WORC mostrou

índices insatisfatórios, sem diferença entre os domínios. Os resultados do WHOQOL-bref foram melhores, embora sem diferença estatística entre eles. O PSQI identificou distúrbios do sono independente do padrão de lesão. Os pacientes têm a função do ombro, qualidade do sono e qualidade de vida alterados por diagnóstico de lesão do manguito, independente do padrão de lesão.

PALAVRAS-CHAVE

Manguito rotador. Qualidade de vida. Inquéritos e Questionários.

- * Médico, Ortopedista, Mestre em Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense.
- ** Docente e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense.

PONENCIA 4

EJE: Narrativas y experiencias de la Salud/ Enfermedad

TÍTULO DE LA PONENCIA

Perfil sociodemográfico e índice de masa corporal de individuos con síndrome metabólico.

AUTORES

Gislaine de Carvalho Tramontin
Caroline Bertuol Dacoregio
Natalia Vernonez da Cunha Bellinati

EMAIL DEL AUTOR

tramontingislaine@uniplaclages.edu.br
caca_bertuol@hotmail.com
nat_cunha@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

Universidad del meseta Catarinense – Lages- Santa Catarina, Brasil; beca artículo 171 Fundes- UNIEDU.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Metabólico (SM) es una enfermedad crónica (DC). Por DC se entienden las condiciones con una evolución gradual de los síntomas de curso superior a seis

meses. El SM se define por la presencia concomitante de tres de cinco alteraciones metabólicas, siendo ellas, obesidad abdominal, hiperglucemia, hipertensión arterial, dislipidemia, hipertrigliceridemia. Entre los factores de riesgo para el SM, la obesidad es un factor predominante, siendo definida por la acumulación de grasa en la región abdominal y visceral.

OBJETIVO

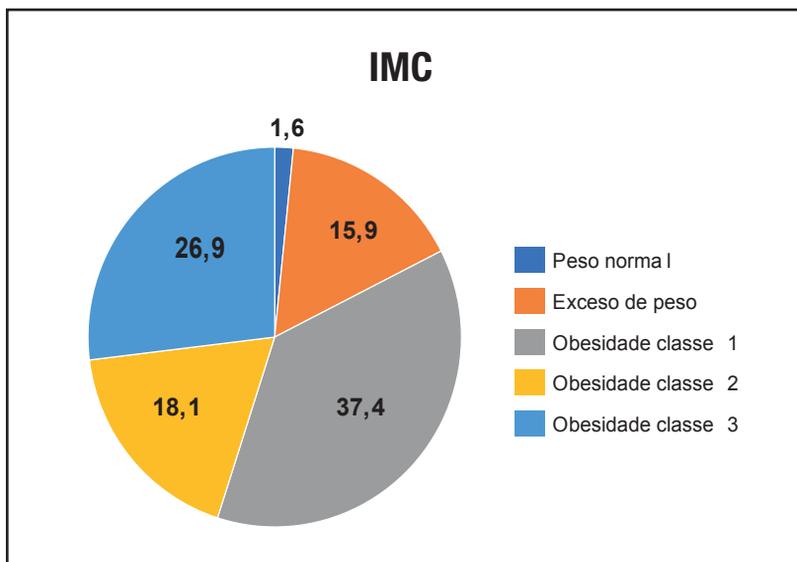
El objetivo de esta investigación fue conocer perfil sociodemográfico y el Índice de Masa Corporal (IMC) de individuos con SM en un municipio de la Sierra Catarinense, Brasil.

METODOLOGÍA

Por medio del análisis de 691 prontuarios de individuos con SM registrados en las unidades de salud, fueron recogidas informaciones como: sexo, raza, edad, escolaridad y IMC (Aprobación en el Comité de Ética e Investigación n° 3.437.211).

RESULTADOS

Los individuos presentaron edad media de 62 ± 12 años (máximo: 98, mínimo: 18), siendo en su mayoría del sexo femenino (66,3%), con escolaridad hasta la enseñanza primaria (39,3%) y raza blanca (82,6%). Solo 182 de los registros mostraban el IMC, siendo la mayoría clasificado con obesidad clase 1 (37,4%).



CONCLUSIONES

El sobrepeso fue una condición de la mayoría de los encuestados e indicativo de obesidad abdominal, que a su vez es factor de riesgo para SM, enfermedades cardiovasculares y otras patologías. Conocer individuos con factores de riesgo para SM se hace necesario para estrategias de prevención, control y promoción de la salud.

PALABRAS CLAVE

Enfermad Crónica. Perfil Clínico. Prevención de enfermedad.

REFERENCIAS (APA)

BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V. DA; HEGADO-REM, K. M. Fatores sociodemográficos y condicionantes de saúde asociados à resiliência de pes-

soas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 24, n. e2786, p. 1-9, 2016.

LINHARES, R, S. et al. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no SUL do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, p. 438-448, 2012.

LOPES, H, F. Hipertensão, obesidade, resistencia à insulina y síndrome metabólica. **Rev Bras Hipertens**, v. 29, p. 154-158, 2005.

SIERRA-JOHNSON, J. et al. Correspondence between the adult treatment panel III criteria for metabolic syndrome and insulin resistance. **Diabetes Care**, v. 29, p. 668-72, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO- SBH. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, 2005.

VIOLAN, C, et al. Prevalence, determinantes and patterns of multimorbidity in primary care: **a systematic review of observational studies**. **PLoS One**, v. 9, n. 7, p. e102149, 2014.

MESA 4: ETNOGRAFÍAS EN TORNO DE LA SALUD MENTAL

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Relaxamento, Imagens Mentais E Espiritualidade: Efeitos Da Intervenção Telemonitorada No Bem-Estar Subjetivo De Pacientes Oncológicos.

AUTORES

Daiane Linz da Silva de Jesus

Bruna Fernanda da Silva

Natalia Veronez da Cunha Bellinati

EMAIL DEL AUTOR

daianelinzsj@gmail.com

FILIACIÓN

Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde -
Universidade do Planalto Catarinense – Lages-Sc, Brasil.

INTRODUCCIÓN

O termo bem-estar tem relação com o sentido y propósito de vida, e engloba a concepção de bem-estar subjetivo, manifesto pela satisfação com a vida e emoções vivenciadas pelos sujeitos. A intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), estruturada a partir da Teoria Junguiana e Experiências de Quase Morte, tem evidenciado melhoras no estado de saúde e na qualidade de vida de pacientes oncológicos perante o adoecimento. Considerando ainda a situação de pandemia de Covid-19, a telemonitorização foi uma estratégia incorporada ao uso da intervenção RIME, evitando assim a exposição física dos pacientes devido as limitações do seu quadro de saúde.

OBJETIVO

Dessa maneira, este estudo buscou verificar os efeitos da intervenção telemonitorada RIME no bem-estar subjetivo de pacientes com câncer.

METODOLOGÍA

Trata-se de estudo descritivo quantitativo de delineamento longitudinal. A Escala de Bem-estar Subjetivo (EBES) foi aplicada antes e após as sessões da intervenção RIME, que foram realizadas de forma telemonitorada uma vez por semana por três semanas consecutivas, por meio da ferramenta Google Meet, em pacientes oncológicos adultos de um hospital público da Serra Catarinense. O teste t de Student pareado foi utilizado para comparação das médias pré e pós intervenção.

RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 17 pacientes em tratamento oncológico, sendo a maioria do sexo feminino com média de idade de 48 anos. O tipo de câncer predominante foi o câncer de mama. Com relação aos dados obtidos na aplicação da EBES, nos aspectos positivos, verificou-se o aumento dos escores entre a primeira aplicação (média=2,97 \pm desvio padrão=0,91) e a segunda (média=3,15 \pm desvio padrão=0,67), embora não significativo ($p=0,44$). Entretanto, houve redução significativa dos aspectos negativos (2,49 \pm desvio padrão=0,89 para 2,01 \pm desvio padrão=0,65 e $p=0,01$) e aumento significativo da satisfação com a vida (3,39 \pm desvio padrão=0,74 para 3,66 \pm desvio padrão=0,73 e $p=0,03$).

CONCLUSIONES

Com base nos resultados obtidos, considera-se que a RIME pode ser um recurso que possibilita uma melhora no bem-estar subjetivo dos pacientes com câncer, e seu uso de forma telemonitorada viabiliza o cuidado de pacientes com restrições ao atendimento presencial.

PALABRAS CLAVE

Câncer. RIME. Telemonitorização.

REFERENCIAS (APA)

ALBUQUERQUE, A. S. & TRÓCCOLI, B. T. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia Teoria e Prática*, 20(2), 153–164. doi: 10.1590/S0102-37722004000200008 Recuperado de

<https://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf>

- ELIAS, A. C. de A. (2003). Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(3), 92–97. DOI: 10.1590/S1414-98932003000100013. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100013
- ELIAS, A. C. de A. (2018). Manual para aplicação - RIME - psicoterapia breve por imagens alquímicas (1a. ed.). Campinas (SP): UnicampBFCM. (Trabalho original publicado em [2018]).
- Elias, A. C. de A., & Giglio, J. S. (2002). Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(3), 116–129. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-318004>
- Elias, A. C. A., Ricci, M. D., Rodriguez, L. H. D., Pinto, S. D., Giglio, J. S., & Baracat, E. C. (2015). The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(1), 1–19. doi: 10.1016/j.ctcp.2015.01.007

Elias, A. C. A., Ricci, M. D., Rodriguez, L. H. D., Pinto, S. D., Giglio, J. S., & Baracat, E. C. (2017). Development of a brief psychotherapy modality entitled RIME in a hospital setting using alchemical images. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(4), 534–547. doi: 10.1590/1982-02752017000400009

Fischborn, A. F., Machado, J., Fagundes, N. da C., & Pereira, N. M. (2016). A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. *Cinergis*, 17(4), 358–363. doi: 10.17058/cinergis.v17i0.8149

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2019). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

Lufiego, C. A. F., Schneider, R. H., & Bós, A. J. G. (2017). Eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. *Scientia Medica*, 27(1), 1–8. doi: 10.15448/1980-6108.2017.1.25701

Menin, S. P., & Orso, Z. A. (2020). Benefícios no tratamento do câncer atrelado ao uso das práticas integrativas e complementares: revisão da literatura. *Perspectiva: Ciência e Saúde*, 5(1), 12–18. Recuperado de <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/411/385#>

- Ribeiro, R. O. B., Elias, A. C. A., Schimidt, T. C. G., Cedotti, W., & Silva, M. J. P. da. (2014). A intervenção RIME como recurso para o bem-estar de pacientes ostomizados. *Psicologia Hospitalar*, 12(2), 83-102. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Rossi, V. A., Martins, M. C. F., Tashima-Cid, D. P. & Dias, M. (2020). Reflexões sobre bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Revista Organizações em Contexto*, 16(31), 151-175. doi: 10.15603/1982-8756/roc.v16n31p151-175 Recuperado de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/OC/article/view/9535>
- Soratto, M. T., Silva, D. M. da, Zugno, P. I., & Daniel, R. (2016). Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. *Saúde e Pesquisa*, 9(1), 53-63. doi: 10.17765/2176-9206.2016v9n1p53-63
- Xavier, L. M., & Taets, G. G. de C. C. (2021). A importância de práticas integrativas e complementares no tratamento de pacientes com câncer. *Enfermagem Brasil*, 20(1), 82-93. doi: 10.33233/eb.v20i1.43

PONENCIA 2

TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Esquizofrenia, Etnografía sobre las experiencias de encierro en un hospital psiquiátrico de Quito.

AUTORES

Mayly Pastora Torres Linares

EMAIL DEL AUTOR

maylytorreslinares@gmail.com0979732555

FILIACION

independiente

EJE AL QUE PERTENECE LA INVESTIGACIÓN

Eje número 4: Etnografías de la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado Resumen (límite de 200 palabras).

Mi ponencia aborda la esquizofrenia desde el lugar de los pacientes como informantes, quienes han recibido este diagnóstico y han sido ingresados en un hospital psiquiátrico, en la ciudad de Quito. El diagnóstico en psiquiatría opera como un dispositivo de poder sobre la subjetividad de los pacientes, por medio de prácticas como la internación forzada, la aplicación de la terapia electroconvulsiva, la

contención mecánica y la sobre medicación; estas prácticas aulla el lenguaje corporal, la historia de vida, el sistema familiar, el sistema de creencias ligadas al contexto cultural, y la identidad de los informantes. La mirada sobre la esquizofrenia se construye a partir de las experiencias de los informantes, sus experiencias sobre su internación y su relación con la institución, se analiza como el delirio místico y las alucinaciones de los pacientes tienen componentes de la religión católica, que tiene una estrecha relación con la influencia de esta religión en el contexto cultural del Ecuador. Esta investigación complejiza el campo de la salud mental en nuestro país, a fin de entender la esquizofrenia desde un lugar distinto al de la patología, desde la agencia de los pacientes, tomando como un aspecto importante la particularidad del contexto cultural.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, dispositivo, delirio místico, alucinaciones.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Taller de títeres y relatos de vida: una experiencia etnográfica sobre la singularidad.

AUTORES

Malena Battista

EMAIL DEL AUTOR

malbattista@gmail.com

FILIACIÓN

FLACSO – Sede Ecuador

OBJETIVO

En la presente ponencia se aborda el diseño metodológico del trabajo de campo de la tesis para obtener el título de maestría en Investigación en Antropología Visual (FLACSO) titulada “Títeres y relatos de vida: exploraciones metodológicas en un hospital psiquiátrico de Quito” de la autora. Específicamente se hace hincapié en cómo construir una experiencia etnográfica orientada por el modelo de salud mental comunitaria, con miras a investigar los procesos de singularización de pacientes residentes de un hospital psiquiátrico y de elaborar

una experiencia de antropología aplicada en el campo de la salud mental.

CUERPO DEL TEXTO

El campo de la salud mental presenta una transformación en curso producto de las tensiones configuradas en torno a la perspectiva de los derechos humanos y la puja entre dos modelos de atención: el modelo médico asilar-manicomial (Valero y Faraone, 2019) y el modelo salud mental comunitario (Ardila y Galende, 2011). La presente propuesta de investigación prioriza la transdisciplinariedad, pone el foco en la diversidad sociocultural y en los usuarios como sujetos de derecho, es decir, se enmarca en el modelo de salud mental comunitaria.

Se parte de la hipótesis en que los sujetos residentes del Hospital Especializado Julio Endara de Quito (HEJE) se enfrentan a dos procesos de subjetivación, uno producto de las prácticas y discursos del modelo médico asilar-manicomial, del dispositivo psiquiátrico (Foucault, 2008, 2015) y de otros dispositivos de exclusión y control como el racismo, la desigualdad de género y el clasismo. Y otro producto de los procesos de singularización en donde prima otra forma de ser, otra forma de hacer las cosas y de relacionarse con otros (Guattari y Rolnik, 2006).

A raíz de esto se propuso un diseño metodológico que permitiera poner en valor estos procesos de singularización a la vez que permitiera observar en profundidad los procesos de subjetivación normados en un contexto creado especialmente para la investigación. Se propuso al hospital un taller de títeres y relatos de vida donde participaron cuatro

residentes del hospital, tres mujeres y un varón, de entre 30 y 55 años, con distintos procesos de cronificación (Amendolaro, 2013) y provenientes de provincias distintas a Pichincha.

Metodología de taller	Alojar la diferencia y construir vacíos donde ocurre “lo otro”. Propone un ambiente lúdico donde inquietudes, gustos, malestares y afectos fueron materia prima de las actividades (Lago 2015).
Relatos de vida	Contexto de escucha atenta, abierta a la creatividad de las narrativas y atenta a no caer en procesos de veridicción o de imponer una linealidad narrativa (Jelin 2002).
Títeres	Lenguaje artístico para construir relatos de vida, a través de la materialidad y sin recurrir entrevistas, especial énfasis en los aspectos de mediación y de parodia (Rojas-Bermúdez, 1985) y de performatividad proyectada (Sjoberg, 2006).
Observación participante	Como coordinadora del taller (con un claro ejercicio de reflexividad y extrañamiento), como personal del hospital (observando tratos entre personal-pacientes) (Guber, 2005).

Cada uno de los participantes del taller dispuso de distintos lenguajes, soportes y tramas narrativas para abordar sus relatos de vida, pero también para construir sus procesos de singularidad. Los títeres permitieron personificar personas importantes en sus relatos, plantear problemáticas socioculturales y proyectar deseos. El lenguaje corporal y la construcción de imágenes fotográficas en conjunto fueron otras formas que encontraron para poder expresarse. El contexto formulado desde el diseño metodológico abrió paso para la creatividad, lo afectos y el reconocimiento mutuo.

CONCLUSIÓN

La antropología, como disciplina, y la etnografía, como propuesta metodológica hacen grandes aportes al campo de la salud mental. En todo el diseño metodológico desarrollado el encuentro con el otro, el vacío de poder y la colectivización del trabajo, fue central. Esto significó el reconocimiento de los pacientes como sujetos de derechos, con un background histórico y cultural de valor, con capacidad lúdica y creativa a disposición. Y permitió reconocer que los sujetos no se relacionan únicamente con la norma, ni son entidades cerradas y coherentes, sino que están en un proceso constante de apertura hacia la diferencia.

PALABRAS CLAVE

Antropología - Diseño metodológico - Etnografía - Salud mental.

REFERENCIAS

- Amendolaro, R. (2013). Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos. *Salud mental y comunidad*, 19-28.
- Ardila, S., & Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 39-50.
- Foucault, M. (2008). *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2015). *Historia de la Locura en la época clásica Vol 1*. Mexico DF: Fondo de cultura económica.
- Guattari, F. y. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Ingold, T. (2015). Conociendo desde dentro. Reconfigurando las relaciones entre la antropología y la etnografía. *Etnografías Contemporáneas 2*, 218-230.
- Jelin, E. (2002). *Los trabajos de la memoria*. Madrid: Siglo XXI.
- Lago, L. (2015). *El taller como dispositivo en salud. Guía teórica-práctica para talleristas*. Buenos Aires: Subsecretaría de salud mental y atención a las adicciones.
- Rojas-Bermúdez, J. (1985). *Títeres y sicodrama*. Buenos Aires: Editorial Celsius.
- Rolnik, S. (2006). ¿El arte cura? . *Quaderns portàtils 02.*, 1-13.
- Sjoberg, J. (Agosto de 2006). The Ethnofiction in Theory and Practice. *NAFA Network Newsletter of the Nordic Anthropological Film Association*, 13(3a), 1-10.
- Valero, A., & Faraone, S. (2019). Las capas de la violencia: Intersecciones entre violencia, salud mental y género en el camino hacia la internación en provincia de Buenos Aires. Reflexiones y aportes

desde la investigación etnográfica a la formación en Sociología. En M. Miranda, *Las Locas: miradas interdisciplinarias entre género y salud mental* (págs. 183-208). La Plata: EDULP. Obtenido de <https://www.academica.org/000-023/429>

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

P: ¿Cómo influye la falta de acceso a los servicios de salud en la comunidad en Embera Chamí en el proceso de salud?

R: La falta de acceso a los servicios públicos como acceso al agua, alcantarillado y recolección de basura hacen que sea difícil garantizar condiciones adecuadas de higiene. El agua potable es un factor influyente que deriva enfermedades infecciosas y diarreicas. Esos factores no están al alcance de la solución de los servicios de salud y son altamente determinantes.

P: ¿Qué experiencia puede compartir respecto a la eficiencia de la educación en salud en estos grupos indígenas y qué importancia da el grupo poblacional a la Leishmaniasis?

R: El estudio arrojó que la educación es fundamental y las instituciones usan distintos recursos pedagógicos. Se ensayó metodologías experimentales con líderes comunitarios, trabajadores de salud y estudiantes de colegios. Nos dimos cuenta que son muy poco receptivos a lo teórico y fuimos conociendo a la población para profundizar los procesos educativos.

P: ¿Cuál fue el principal reto cultural hallado en la socialización sobre COVID y salud en general?

R: El principal reto es conocer que es salud para la gente. En pandemia vimos que la ausencia de enfermedad no es igual a salud, tener un resultado PCR negativo no significa que estas sano porque influyen más factores. Además, debemos conocer que entendemos por cultura e interculturalidad, no es solo un tema de etnia, ya que hay diferencias culturales en las mismas etnias.

No hemos vivido los mismos conceptos de salud enfermedad y cuidado desde la lógica de las mujeres. Además, la intergeneracional es distinta, ya que varía la comunicación con los jóvenes y los abuelos. Hay que escucharnos, ser empáticos y entender los contextos distintos en los que vivimos.

P: ¿Podrían comentar sobre la sustentabilidad del proyecto?

R: Tiene que ver con hacer el ejercicio de autonomía, gobernanza y gobernabilidad desde las comunidades para responder en términos de autonomía, y apegado a la cosmovisión yendo de la mano con el concepto de salud.

Salud no es curarse de enfermedades, ya que entran temas como presiones sobre los territorios, gestión de los mismos, accesibilidad a derechos y soberanía alimentaria. Cuando reflexionamos el tema de salud con las comunidades estos aspectos son los que se ponen sobre la mesa. La dimensión de salud desde las comunidades es más amplia y pone el reto de pensar la sostenibilidad.

P: Han considerado en Ecuador la desinstitucionalización de la política pública de salud en los últimos 4 años. ¿Cómo esto impacta en su trabajo?

R: Hay un impacto terrible en relación a acceso a servicios de salud, pero también en la discusión del sistema nacional de salud que queremos construir en temas de rectoría. Es difícil hablar de implementación de temas de interculturalidad si no hay personal. La participación social y comunitaria son el eje y la base.

Hay que seguir trabajando en la institucionalidad, con funcionarios que puedan estar largo tiempo en los servicios porque son ellos quienes conocen a sus comunidades y las familias. Pero, también creo en el trabajo con FENAMAC en Perú, CTI en Brasil y CONFENIAE; en como hacer sinergia y co aprender nuevas destrezas y habilidades. El otro trabajo a través de la participación social es garantizar la defensa y permanencia de los servicios de salud.

P: Ser médico más joven brinda más confianza, ¿cuál es su opinión al respecto?

R: En el estudio se encontró que el paciente entiende que el médico más joven tiene capacidad de actualización. Difiere mucho del médico de mayor edad, quien entiende que tiene más experiencia, pero menor actualización. Según mi experiencia puede ser porque no está a la par con la tecnología actual. Lo que brinda confianza al paciente es que independientemente de la edad, el médico siga actualizándose, siga teniendo apertura para mejorar sus conocimientos y que el paciente tenga la confianza de ir a la consulta para ser escuchado.

P: ¿En tu experiencia cual es el eje nodal que permitiría disminuir la violencia?

R: No es fácil responder rápido, pero la ponencia daba la apuesta para visibilizar lo que permanece oculto, para poner sobre la mesa y convertir un tema que parece individualizado, como un problema social.

P: ¿Como se explica la violencia social étnica, es igual a la de género o hay alguna diferencia?

R: Se explica con interseccionalidad, el ejemplo que puse de la diferenciación frente a la desigualdad se repite en cada una de las llamadas variables sociológicas, en cada una de las formas de diferenciación que tenemos los seres humanos. Si en lugar de poner población masculina y femenina, hubiéramos puesto población indígena y mestiza; hubiera ocurrido exactamente igual.

Que seamos diferentes, no significa que seamos desiguales. Cuando hay un grupo humano que se atribuye más derechos que otro es cuando viene la situación de conflicto y violencia.

P: ¿Se puede considerar esta problemática como el resultado de una sociedad que castiga el embarazo “premature” o temprano”? Teniendo en consideración el orden que la sociedad contempla para cada etapa de la vida.

R: Existe un problema para ser asumida o entendida la maternidad de manera plural. Tiene que ver con las

condiciones que lo rodean: clase social, etnia, género. No vivimos en una sociedad que solo prejuzga a madres jóvenes, sino también a madres lesbianas, adultas, negras e indígenas. Hay una desvalorización del cuidado y una idealización que presupone comportamientos específicos que se esperan de la madre.

P: ¿Cómo trabajar política pública educativa para la discapacidad desde una mirada de inclusión?

R: Es un fundamental sobretodo en Ecuador donde las estadísticas son paupérrimas. No sabemos cuántas personas con discapacidad hay en las universidades, en educación superior o incluso en secundaria. Esta categoría de inclusividad se ha tomado en cuenta en el estado ecuatoriano, donde la inclusión no interpela desde el punto de vista de hacerse cargo de la relación de la diversidad funcional en términos de como la universidad cobra sentido en la diversidad corporal, afectiva y emocional. Estamos asistiendo a una inclusión que configura en relación a lo material, pero hay unas barreras actitudinales y afectivas muy marcadas. La marca de la inclusión lleva la huella de la otredad y la idea es cuestionarse la normalidad que se asume en la inclusión.

P: ¿Cómo tomar el tema de violencia en nacionales indígenas, donde es natural y no un problema de salud pública?

R: Para revertir la violencia, la idea es cohesionarnos por los cuidados, llevar la vida al centro. En comunidades indígenas se analiza que son violentas por naturaleza, pero no creo que

lo sean. Cuando entendemos que al poner la vida en el centro necesitamos de los cuidados y la interdependencia, lo mismo que ocurre con las sociedades y con las personas desde un punto de vista individual.

Vivimos en una sociedad mundial donde el etiquetaje étnico hace que se normalicen violencias incluso sobre los derechos humanos.

P: ¿Cuál es la autopercepción de un paciente con lesión del manguito rotador?

R: Tal como yo lo percibo, los trastornos del manguito rotador tienen diversos perfiles de acuerdo a la edad del paciente. por ejemplo, aquellos más jóvenes son personas que trabajan y necesitan sus articulaciones para desarrollar actividades. este grupo etario se ve más afectado, a largo plazo desarrolla trastornos del sueño. además tienden a sentirse excluidos porque normalmente les limita a las actividades Cotidianas, usan diversa medicación y tienden a alejarse del ambiente familiar y laboral.

Por otro lado un paciente mayor se adapta mejora la enfermedad, por ejemplo un paciente jubilado tiene menor demanda funcional, además los pacientes de esta edad buscan menos atención médica porque manejan de manera diferente el dolor.

P: Lo traducimos brevemente, los pacientes jóvenes tienden a presentar más dolor y hacer menos menos llevadero los problemas de manguito rotador sufren más.

El dolor los lleva a apartarse de sus actividades diarias; estudiar y trabajar. No así los pacientes adultos mayores quienes tienden a normalizar el dolor. Este factor incide en la relaciones médico paciente.

R: Quisiera agregar, que los pacientes quirúrgicos quienes esperan mucho tiempo para una intervención se pierden en una bola de nieve. es decir sufren de trastornos del sueño, la lesión empeora y el estado psicológico se deteriora en la espera de una cirugía.

Nos dice que los tiempos de espera hasta cirugía pueden crear ansiedad, malestar y más dolor todo esto aunado a los trastornos del sueño que presentó.

P: ¿Qué opina usted acerca del uso de glifosato para la fumigación de plantaciones de coca en países como Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia?

R: El estudio de Sri Lanka, tiene la evidencia más palpable en cuánto a la relación existente entre la exposición a largo plazo y los eventos adversos el glifosato en los países citados. es un riesgo extremo, el uso de estos químicos no sólo en el lugar donde se siembra, sino también para los habitantes de los lugares aledaños. el tiempo prolongado de exposición sin duda es el factor que más influye, además de su diseminación por agua o aire evento que afecta más a estos individuos.

R: La doctora Greice menciona que la exposición es muy alta y probablemente van a presentar patologías. En referencia a algunos estudios que comparativos realizados en la zona Andina con siembras de coca, además recalca que los

gobiernos ignoran esta situación a pesar de ser un problema de salud pública.

P: ¿Cómo se percibe el paciente con índice de masa corporal por encima de los rangos de normalidad?

R: En realidad la autopercepción, depende del grado de sobrepeso. sin embargo los pacientes con peor manejo de la enfermedad metabólica se encuentran en rangos entre 30 y 34,9 es decir obesidad tipo 2.

Ella nos da su respuesta respecto de los valores que debería tener para ser considerado con un índice de masa corporal alto y deberíamos tomar en cuenta más bien la condición de obesidad.

Les comento que las doctoras Isabel y Kuri, debieron abandonar la mesa por motivos personales tenemos la siguiente pregunta...

P: ¿El índice de barthel así como otros índices de evaluación geriátrica deberían ser adaptados siempre a la población de estudio, teniendo aspectos como los ingresos económicos, sus costumbres y su cultura? De ser así, estas herramientas mejorarían la capacidad del personal médico brindar un diagnóstico correcto y un apoyo integral a la población geriátrica?

P: Esta pregunta para Mayly, ¿A qué se podría calificar como sobre medicación?

R: Se califica como sobre medicación a los procesos clínicos en los que las personas reciben al menos 2 o más psicofármacos, y se puede evidenciar un efecto iatrogénico. Es decir que, en vez de ayudar a la persona, le genera varios efectos nocivos. De hecho, ahora hay muchísima investigación de cómo dichos fármacos conllevan a suicidios y muertes, es un tema del que poco se habla acá (Ecuador). A mí me llamaba mucho la atención como en los pacientes del hospital psiquiátrico ocurre un deterioro bastante marcado sobre todo en sus funciones cognitivas, movimientos, funciones piramidales porque es una cantidad impresionante de abuso de psicofármacos con 4 o 5 dosis durante un montón de años incluso décadas. También se llama “camisa química” ya que es una forma de tener controladas a las personas para que no estén “molestando” en el hospital, supuestamente procuran eliminar los síntomas, pero también conducen delirio o alucinaciones como una forma de resistencia. La parte más crítica es la cantidad de efectos perjudiciales que tiene sobre la salud el abuso de fármacos, a mí en lo particular me preocupa mucho que aquí en el país es de lo que menos se hable. Por otro lado, también evidenciamos la dependencia que genera la sobre medicación.

P: La esquizofrenia es una sensación de encierro, cuánto se podría combatir esto conociendo que el tratamiento de la misma por lo general incluye la internación hospitalaria lo que deriva en el paciente una doble sensación de aislamiento. La pregunta es ¿Existe una forma de brindar apoyo al paciente de manera que pueda sentir que es una persona libre a pesar de las circunstancias?

R: En el estado ocurre esta forma de ver a los supuestos trastornos mentales o al sufrimiento psíquico, sobre todo

a los pacientes esquizofrénicos como seres violentos que requieren ser internados en un hospital psiquiátrico eso es como un primer punto. También hay mucho desconocimiento en la familia. Por otro lado, también existe una formación médica-psicológica muy biológica y aunque hay bastantes alternativas lamentablemente no las tenemos en el país. Este año la OMS publicó una guía enfocada en los derechos humanos y salud mental donde se proponen varias alternativas como apoyo mutuo. También existe el movimiento “escuchadores de voces” que es la terapia del diálogo abierto, pero principalmente para que esto cambie debe haber voluntad de los profesionales, lamentablemente la realidad de nuestro país es que en la atención los hospitales psiquiátricos todo lo que se hace es en contra del deseo de la persona y es donde menos se le pregunta a la persona que quiere o que necesita entonces yo creo que para que haya un cambio se debería trabajar mucho más con la familia. Además, también vemos lo que dice Malena sobre incluir el tema de salud mental y trabajar con la comunidad porque hay un montón de mitos de prejuicios. Por otro lado, creo que tenemos que cambiar esta visión que tenemos sobre la esquizofrenia y quizá tenemos que aprender a convivir con otros tipos de diversidad psicosociales no tratar de curar a la locura sino convertirla en un ámbito donde exista la posibilidad de vivir.

P: Para la doctora Daiane ¿Cómo definió espiritualidad en su estudio? ¿Espiritualidad coincide con religión?

R: La espiritualidad es abordada por la autora de esta exposición como la forma en que la persona se conecta con algo divino, desde luego debemos entender que la espiritualidad es diferente a la religión institucional con sus normas. La

investigación fue desarrollada con la intención de ser aplicada en pacientes de cualquier religión tanto en católicos como en ateos; porque no abordará los aspectos de la religión sino la conexión de la persona con lo divino, con su esencia. Por ejemplo, la intervención divina puede se utiliza en pacientes con posibilidad de curación que fue el caso de mi estudio, como en los pacientes con cuidados paliativos sin posibilidad de curación. Entonces en estos pacientes se trabaja mucho con el miedo a la muerte y el después de la muerte, el dolor espiritual que llamamos porque es el desconocimiento de cómo será este proceso. Así que por esta razón abordamos la espiritualidad como la conexión con lo que la persona cree que es superior a ella respetamos las normas, las creencias de la religión de forma que se puede aplicar en cualquier paciente.

P: Hay una consulta para Malena. ¿Estas historias clínicas construidas y enriquecidas a través del arte, dan la posibilidad de comprensión del paciente o necesitan complementarse con la historia clínica clásica?

R: Bueno yo no trabajé con historias clínicas de los pacientes, yo realicé relatos de su vida en sus propios términos incluso prácticamente sin hacer preguntas sobre sus historias de vida. Yo creo que si se puede enriquecer una historia clínica clásica con elementos del arte ya que por un lado reconoce la diversidad cultural y a las personas que están pasando por un momento en el cual son consideradas usuarios de salud mental. Digamos esta situación puede tener un efecto sobre el malestar, puede ser una forma de abordar y además una propuesta para llegar a diagnósticos específicos evitando la sobre medicalización.

P: Gracias, hay otra pregunta para ti. ¿Qué impacto tiene el uso de títeres para relatar su vida a largo plazo, tanto emocional como en salud mental?

R: Con títeres en específico a veces es una propuesta que se contrapone al arte, este se interpreta como un lenguaje que se aplica en un momento de su vida para hacer algo con su malestar entonces no debería considerarse como una receta aplicable al pie de la letra para todas las personas de igual manera ni en todos los momentos de la vida. O sea, no es algo que necesariamente una persona tiene que hacer digamos como de acá teníamos al final de su vida, pero puede tener un impacto positivo. Citando lo que propuso Rojas Bermúdez en su momento, en relación con los títeres y el psicodrama en la década de los 80. Esta técnica en su momento mencionaba que los titiriteros van al hospital para trabajar con pacientes diagnosticados con esquizofrenia y plantea una serie de cuestiones como la capacidad de parodia que tienen los títeres lo cual permite podamos observar la realidad social que nos rodea y que nos atraviesa. Pero al apartarnos de esa de esa realidad puede ser una forma de abordar la problemática social. Este títere hace más fácil trabajar esas problemáticas sociales junto con otros beneficios como reconocer su propio ser, siguiendo ciertos lineamientos, pero no una receta tal cual.

Es decir... volver a la antipsiquiatría una norma.

P: Hay una pregunta final, acerca de este problema de la sobre medicación con psicofármacos en los centros de cuidado de adultos mayores. ¿Es necesario una política pública que restrinja su uso, se está trabajando para lograrlo?

R: Se han elaborado cuatro proyectos de ley de salud mental y uno para psiquiatras, lamentablemente estos proyectos recaen en este modelo de construir profesionales biol6gista. En realidad, yo he visto que se est1a trabajando mejor en otros pa6ses con procesos de desarme de medicalizaci6n, en Ecuador se deber6a implementar una pol6tica que invite a los usuarios a construir su terapia. Pero querer crear una pol6tica sin incluir a las personas que la necesitan volver1a a recaer nuevamente en este modelo biom6dico donde el profesional tiene poder sobre el paciente, apelando a esta idea de que las personas no tienen conciencia de enfermedad. Pero muchos no quieren tomar medicaci6n por la cantidad de efectos que hay en su organismo.

R: Adem1as, ocurre esta conexi6n entre las instituciones que a veces buscan que los pacientes psiqui1tricos logren reinserci6n social, pero justamente por tener un mal manejo las pol6ticas p1blicas se mantienen y provocan casos de institucionalizaci6n tanto en pacientes psiqui1tricos, como en asilos de adultos mayores.

R: Yo encuentro mucha semejanza, la acci6n de la salud mental de los hospitales psiqui1tricos aqu6 en Brasil y no es muy diferente de los pacientes oncol6gicos porque estos pacientes muchas veces son vistos como de alto nivel de complejidad ya que ellos tambi6n pertenecen a un territorio b1sico y necesitan una atenci6n que se ajuste a sus necesidades.

LECCIONES APRENDIDAS-CIERRE

Alexis Rivas: Hoy hemos cumplido estas jornadas y hemos tenido la oportunidad de recorrer algunos trabajos que hablan sobre la imperiosa necesidad de hacer salud desde la perspectiva de los sujetos, ya no desde la perspectiva sólo de los médicos. De tal forma las doctoras Marta Bautista, Catalina y Patricia nos informan sobre la función del médico para la comunidad, aún con todas las trabas esta perspectiva de diálogo biomédico local reconoce que la diversidad de clase social, del centro étnico e incluso ciertas diversidades psicológicas. Por otro lado, el doctor Miguel Bolaños nos ayuda con esta reflexión entre lo público y lo privado y las relaciones de confianza cómo se construyen y deconstruyen.

Por su parte **Ana Martínez** abordó el tema de la violencia ya no como ese fenómeno puntual delincencial extraño sino casi como algo sistémico normalizado que evidentemente en un mundo donde procuramos la democracia y la participación, cambia de vuelta ese maniqueísmo de victimización utilización versus salud pura. Daniela Ochoa nos recordaba cómo a partir de un estudio sobre lactancia materna se pueden evidenciar las profundas desigualdades de una sociedad no solamente en el sentido de la salud de un neonato o la salud de una madre, sino del acceso laboral y del acceso a los estudios. Gonzalo nos ayudó mucho a comprender que la discapacidad está marcada por una noción biomédica y no por la noción de los agentes que van construyendo sociedades de

participación sino por la aprobación o reprobación o incluso el abuso del cual él habló con los temas de discapacidad y corrupción. Greice ayudó enormemente con su presentación sobre agrotóxicos, para lograr comprender como el mundo social del consumo, alimentos y de nuestro entorno nos está enfermando algo que ya venimos detectando no sólo en la antropología sino desde la ecología y desde la salud pública. Kuri e Isabel presentaron una investigación indispensable para comprender cómo las guías médicas actuales no permiten medir la calidad de vida, pues no se aplican universalmente y necesitan hacer una adaptación cultural. Thadeu abordó en su estudio una mirada sobre las comorbilidades centrales para explicar los problemas de manguito rotador y cómo los perfiles de los propios pacientes pueden ir moldeando la enfermedad y la dolencia. Diane nos habla sobre la apertura que ha habido para estudiar al paciente con cáncer con un acompañamiento clínico terapéutico o incluso en el paciente paliativo fomentando su espiritualidad como una de las formas de bienestar. Sin duda Mayly y Malena nos recuerdan que el paciente diagnosticado con imposibilidades en su salud mental pierde la esencia de ser sujetos de derechos y se convierten en objetos clínicos.

En general, consideramos u mix entre biología, naturaleza, sociedad, comportamiento y norma. Finalmente, quiero agradecerles inmensamente a todos nuestros participantes y colaboradores.

COLABORADORAS

María Inés Arcos

Buenas tardes, quería agradecer a todos los ponentes por su participación en este evento. En lo personal siento que fue una experiencia muy enriquecedora como futura profesional de la salud siempre es bueno conocer de todos los temas para poder brindar una atención integral a nuestros pacientes, hay que siempre tener en cuenta que cada paciente tiene una esfera biológico social la misma que debe estar en equilibrio para nosotros poder brindarles una buena atención.

Micaela Aguayo

De igual forma, quiero agradecerles a todos por su colaboración. Aunque somos estudiantes hablamos sobre todos los enlace de salud mental en la vida de los pacientes. Es decir, los factores de riesgo, calidad de vida y al final existe esta delgada entre lo que en verdad es cuidado integral. Tomando las palabras del doctor Bolaños, la atención va más allá de ver al paciente con uno más, pues si no manejamos su estilo de vida difícilmente podremos llegar a un cuidado efectivo.

Alexis Rivas

Finalmente, quedo muy agradecido con todas sus participaciones y espero desde ahora en adelante establecer una red académica donde podamos tener un contacto constante. Gracias a todos muy amables.

**Covid-19,
Pandemia y
Sindemia**

Eje

5

Introducción del Eje

En diciembre del 2019 en la ciudad china de Wuhan, provincia de Hubei, los sistemas sanitarios reportaron pacientes afectados por una neumonía atípica de origen desconocido, la enfermedad fue identificada como un nuevo virus de la familia Coronaviridae, denominado como SARS-CoV-2, al cuadro clínico asociado se lo nombró como COVID-19, apareció de forma repentina generando una profunda crisis a nivel global, con efectos graves en las economías y en los sistemas sanitarios (Ministerio de Sanidad de España, 2020). La Organización Mundial de la Salud-OMS (2020), estimó que la mitad de la población expuesta al COVID-19, podría sufrir algún síntoma psicopatológico. Los efectos de la pandemia-Sindemia han generado una serie de secuelas bio- psico -sociales y económicas que han desbordado a los sistemas de salud, sin olvidar que los trabajadores de salud de primera línea se han visto afectados de manera importante, especialmente en su salud mental al enfrentarse al dolor y muerte de muchos de los pacientes y sus familias.

Ecuador desde el 14 de marzo del 2020, vive un estado de alarma por la crisis sanitaria global y local que ha incluido un extenso aislamiento social de la población, la paralización de labores productivas y el cierre de centros educativos de todos los niveles que han afectado la cotidianidad, reconfigurado el concepto de normalidad y afectado gravemente las economías

familiares. La cuarentena, el encierro, el miedo al contagio ha causado una serie de problemas en el comportamiento social, familiar y afectivo, incrementando estados de ansiedad, angustia y estrés que se mezclan con incertidumbre por los serios problemas que el mundo enfrenta, relacionados a la pérdida de empleos, aumento de la pobreza, desigualdades sociales, pánico social e impactos sobre la salud mental causados por la incertidumbre y la muerte de seres queridos, lo que ha generado una crisis sin precedentes del modelo de interacción social, del actual modelo civilizatorio.

Las jornadas serán un espacio para debatir el concepto Sindemia mismo que invitará a una trabajar una visión más amplia, más allá del concepto pandemia, para entender lo que vivimos de una manera complementaria entre lo social y ambiental. Analizar al Covid-19 como una Sindemia es “subrayar en sus orígenes sociales, es lo que propone Merrill Singer, antropólogo médico estadounidense, quien relacionó el enfoque ‘sindémico’ con interacciones biológicas y sociales como aspectos importantes para el pronóstico, el tratamiento y la política de salud” (Singer, 2015). Finalmente, poco se ha profundizado sobre la post pandemia, en especial los potenciales efectos a nivel biopsicosocial que en muchos países se presentan como afectaciones a la salud física y mental de sus poblaciones. Por lo que invitamos a investigadores, profesionales y estudiantes a debatir el momento extraordinario que vivimos como humanidad.

PONENCIAS

Mesa 1: IMPACTO SOCIAL DE COVID-19

PONENCIA 1 **International Days of Research in Medical and Health Anthropology**

AXIS

(Choose Between Ethnography, Narrative, Mental Health, Medical Education And Covid).

TITLE OF THE PRESENTATION

“The Impact of COVID-19 on USA: A Perspective from Medical Anthropology”

AUTHORS

(Full Names and Surnames): Renady Hightower, PhD, MPA, MBA, MH

AUTHOR’S EMAIL

hightore@udmercy.edu

FILIATION

University of Detroit Mercy

OBJECTIVE

The intersectionality framework of Dr. Kimberlé Crenshaw (1989) was used to examine how culture and politics intersected and shaped the response to the COVID-19 in the U.S. thereby resulting in a negative cumulative impact on society.

TEXT BODY

The initial response to COVID-19, politically, was steeped in mistrust, and false information, which exacerbated and heightened the experience of fear of many Americans. Culturally, it became difficult to manage a public health response to the pandemic because the public health actions taken to protect the public became politically juxtaposed to the American core value of “individualism”. As a result, people saw or received all public health mandates, and mitigating activities as infringing upon their “individual right” and a violation of their personal choice. The negative and cumulative effect of this intersections between politics and culture was the push back on public health actions taken to mitigate the spread and control of the virus.

As culture and politics continued to intersect, the cumulative effect of this interaction continued to manifest and be felt socially, culturally, politically and economically. Socially, the conflict between politics and public health created a discord among the people that was driven by the backlash expressed against the mask mandate, and social distancing. False information from politicians, especially coming from and

demonstrated by various politicians including the President of the United States helped to instigate and further perpetuate fear. As a result, we became more isolated as a nation, as a community and within our families.

The intersection of culture and politics facilitated the uncovering of the true depths of racism within our society. Trump's response to the pandemic and public health intervention was based on the ideology of "good genes" and was the foundation of Trump's behavior in refusing to wear a mask, social distance; and even making fun of those who adhered to public health mandates. In addition, early on in the pandemic science was viewed as fake and was constantly challenged on the validity of the reporting of COVID-19. Furthermore, in this context, public health became more about politics and not science. Resulting in a political culture of "Us vs. Them"; "Wearing a Mask vs. Not Wearing a Mask". This helped to further divide the country and hinder our collective effort at addressing and controlling the spread of COVID-19.

Economically, due to our inability to control the spread of the virus, many businesses had to close and or shut down. Many people lost jobs or became under-employed. Many people are hesitant to return to the workplace because of the continued spread and surges in COVID-19. Many places of employment, schools, have mandated employees, students to get vaccinated prior to returning to work. Again, going back to the juxtaposing "individual right" to public health mandate, many refuse to return back to work. Many politicians, and elected officials continue to be obstacles in our efforts to contain the spread of the virus by fighting

against or prohibiting wearing mask in workplace, schools, public places.

Finally, the people and communities who remain most affected by the pandemic are the same communities that have always experienced and continue to experience disparities with regards to health, education, and employment. Therefore, these communities suffered a heavy burden of COVID infection, death, health inequities, and negative health outcomes.

CONCLUSION

A medical anthropology perspective was used to examine how COVID-19 impacted the USA. Within in this perspective, an intersectionality framework was used to address how culture and politics intersected to produce a cumulative effect as a result of the COVID-19 pandemic. The cumulative outcome has been a continued surge and spread of COVID-19; a loss of many jobs and businesses; heightened social and political discord; and worsening of economic and health disparities of racial, ethnic and vulnerable communities and populations.

KEY WORDS

(In Alphabetical Order)

COVID-19, Intersectionality, intersection of culture and politics, medical anthropology,

REFERENCES (APA)

- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, October 19). COVID-19 Data Tracker. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist policies. *University of Chicago Legal Forum*, 1989 (1), Article 8, 139- 167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf>
- Kemmelmeier, M. & Jami, W. (2021). Mask Wearing as Cultural Behavior: An Investigation Across 45 U.S. States During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 648692. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648692>
- Santovec, Mary, L. (2017). The necessity of intersectionality: A profile of Dr. Kimberlé Crenshaw. *Women in Higher Education*, 26(3), 8-9. <https://doi-org.ezproxy.libraries.udmercy.edu/10.1002/whe.20414>
- Tensley, Brandon. (2020, September 22). The dark subtext of Trump's 'good genes' compliment. *CNNpolitics* <https://www.cnn.com/2020/09/22/politics/donald-trump-genes-historical-context-eugenics/index.html>

PONENCIA 2
INTERNATIONAL DAYS OF RESEARCH IN MEDICAL
AND HEALTH ANTHROPOLOGY

AXIS

(Choose between Ethnography, Narrative, Mental Health, Medical Education and COVID).

TITLE OF THE PRESENTATION

“The Impact of COVID-19 on USA: A Perspective from Medical Anthropology”

AUTHORS

(Full Names And Surnames): Renady Hightower, PhD, MPA, MBA, MH

AUTHOR’S EMAIL

hightore@udmercy.edu

FILIATION

University of Detroit Mercy

OBJECTIVE

The intersectionality framework of Dr. Kimberlé Crenshaw (1989) was used to examine how culture and politics intersected and shaped the response to the COVID-19 in the

U.S. thereby resulting in a negative cumulative impact on society.

TEXT BODY

The initial response to COVID-19, politically, was steeped in mistrust, and false information, which exacerbated and heightened the experience of fear of many Americans. Culturally, it became difficult to manage a public health response to the pandemic because the public health actions taken to protect the public became politically juxtaposed to the American core value of “individualism”. As a result, people saw or received all public health mandates, and mitigating activities as infringing upon their “individual right” and a violation of their personal choice. The negative and cumulative effect of this intersections between politics and culture was the push back on public health actions taken to mitigate the spread and control of the virus.

As culture and politics continued to intersect, the cumulative effect of this interaction continued to manifest and be felt socially, culturally, politically and economically. Socially, the conflict between politics and public health created a discord among the people that was driven by the backlash expressed against the mask mandate, and social distancing. False information from politicians, especially coming from and demonstrated by various politicians including the President of the United States helped to instigate and further perpetuate fear. As a result, we became more isolated as a nation, as a community and within our families.

The intersection of culture and politics facilitated the uncovering of the true depths of racism within our society.

Trump's response to the pandemic and public health intervention was based on the ideology of "good genes" and was the foundation of Trump's behavior in refusing to wear a mask, social distance; and even making fun of those who adhered to public health mandates. In addition, early on in the pandemic science was viewed as fake and was constantly challenged on the validity of the reporting of COVID-19. Furthermore, in this context, public health became more about politics and not science. Resulting in a political culture of "Us vs. Them"; "Wearing a Mask vs. Not Wearing a Mask". This helped to further divide the country and hinder our collective effort at addressing and controlling the spread of COVID-19.

Economically, due to our inability to control the spread of the virus, many businesses had to close and or shut down. Many people lost jobs or became under-employed. Many people are hesitant to return to the workplace because of the continued spread and surges in COVID-19. Many places of employment, schools, have mandated employees, students to get vaccinated prior to returning to work. Again, going back to the juxtaposing "individual right" to public health mandate, many refuse to return back to work. Many politicians, and elected officials continue to be obstacles in our efforts to contain the spread of the virus by fighting against or prohibiting wearing mask in workplace, schools, public places.

Finally, the people and communities who remain most effected by the pandemic are the same communities that have always experienced and continue to experience disparities with regards to health, education, and employment. Therefore,

these communities suffered a heavy burden of COVID infection, death, health inequities, and negative health outcomes.

CONCLUSION

A medical anthropology perspective was used to examine how COVID-19 impacted the USA. Within in this perspective, an intersectionality framework was used to address how culture and politics intersected to produce a cumulative effect as a result of the COVID-19 pandemic. The cumulative outcome has been a continued surge and spread of COVID-19; a loss of many jobs and businesses; heightened social and political discord; and worsening of economic and health disparities of racial, ethnic and vulnerable communities and populations.

KEY WORDS

(In Alphabetical Order)

COVID-19, Intersectionality, intersection of culture and politics, medical anthropology,

REFERENCES (APA)

Centers for Disease Control and Prevention. (2021, October 19). COVID-19 Data Tracker. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist policies. University of Chicago Legal

Forum, 1989 (1), Article 8, 139-167.
<https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf>

Kemmelmeier, M. & Jami, W. (2021). Mask Wearing as Cultural Behavior: An Investigation Across 45 U.S. States During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 648692. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648692>

Santovec, Mary, L. (2017). The necessity of intersectionality: A profile of Dr. Kimberlé Crenshaw. *Women in Higher Education*, 26(3), 8-9. <https://doi-org.ezproxy.libraries.udmercy.edu/10.1002/whe.20414>

Tensley, Brandon. (2020, September 22). The dark subtext of Trump's 'good genes' compliment. CNNpolitics <https://www.cnn.com/2020/09/22/politics/donald-trump-genes-historical-context-eugenics/index.html>

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

“Patrones de Alimentación en Estudiantes de Escuelas Urbanas y Rurales de la Provincia de Pastaza en etapa de Confinamiento por COVID-19”.

AUTORES

Jenny Marily Luna Conlago

EMAIL DEL AUTOR

lunajey11@gmail.com

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica Del Ecuador

INTRODUCCIÓN

Los patrones alimentarios en los niños y adolescentes van a influir de manera directa en su crecimiento, su desarrollo físico, social, psicológico y esto impactará en su calidad de vida, es importante identificarlos para determinar si existen trastornos que pueden afectar al adulto en un futuro, al momento el principal riesgo para la seguridad alimentaria de niños y niñas es la enfermedad del COVID-19.

OBJETIVO

Describir y analizar los patrones de alimentación en estudiantes de escuelas urbanas y rurales de la provincia de Pastaza en etapa de confinamiento por COVID-19.

METODOLOGÍA

Se efectuó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, los participantes fueron seleccionados con la técnica de bola de nieve, participaron 327 niños y niñas de 5 a 12 años de escuelas urbanas y rurales de la provincia de Pastaza. Se envió una encuesta mediante la plataforma de Google Forms de donde se obtuvo datos para el estudio y se empleó el cuestionario de alimentación infantil (CFQ).

RESULTADOS

La madre fue quien controla y prepara los alimentos con un 84,71(n:277), y 72,78(n:238) respectivamente. Los alimentos más consumidos son los lácteos 65,44 % (n:214), se observó un bajo consumo de carnes 15.9% (n:50), legumbres 11.01% (n:36) y frutas 1.22% (n:4). El 43,9% (n:143) de los encuestados afirmó que los alimentos están disponibles en menor cantidad. En cuanto al CFQ los factores convergieron en 7 interacciones, que explicó el 64.31% de la varianza, el valor de confiabilidad mostro un Alpha de Cronbach de $\alpha = 0.78$ de los 31 ítems. De los siete factores, cinco se correlacionaron significativamente de manera positiva con el estado nutricional de la muestra evaluada. Lo que reveló una relación directa entre la preocupación por el peso del niño, la restricción, la presión para comer y el monitoreo.

CONCLUSIONES

Se encontró un patrón restrictivo de consumo de varios grupos alimenticios, así como la disminución en la frecuencia cantidad y calidad de alimentación recomendada para el grupo evaluado. Además, se mostró que los padres que se preocupan por el peso de los niños muestran conductas restrictivas a ciertos alimentos como dulces, ejercen presión al momento de alimentarlos y controlan de cerca su alimentación.

PALABRAS CLAVE

Cuestionario de Alimentación Infantil, Covid-19, Malnutrición Niños, Pastaza, Patrones de Alimentación.

REFERENCIAS (APA)

Academia española de nutrición y dietética. (2020). Recomendaciones de alimentación y nutrición para la población española ante la crisis sanitaria del COVID-19.

<https://academianutricionydietetica.org/NOTICIAS/alimentacioncoronavirus.pdf>

Alva, V. C. (2017). Conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de madres de escolares con exceso de peso de 6 a 8 años de edad de tres colegios públicos del Cercado de Lima agosto-setiembre 2014. In Tesis. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6716>

Alvear, M. G., Yamamoto, L., Moran, C., Solis, M. G., Torres, P., Juárez, M., Acuña, M. E., & Ferreira, A. (2013). Consumo alimentario dentro y fuera de la escuela.

Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 51(4), 450–455.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im134r.pdf>

Aranceta, B. (2000). Educacion nutricional en el infancia. *Revista de Nutricion*, 28–34.

Aspera Campos, T. (2012). HEREDABILIDAD DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL (Vol. 1) [UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN].
<http://eprints.uanl.mx/2553/1/1080227449.pdf>

Avilés, E. (2020). Provincia de Pastaza.

Barroso, F. G., González, R. I., & Gomero, E. (2016). Obesidad infantil, causas, consecuencias y su importancia para la sociedad. In Universidad Nacional de Cuyo.
<http://bdigital.uncu.edu.ar/8634>

Beiza, A. (2012). Las relaciones interpersonales como herramienta esencial para optimizar el clima organizacional en la escuela básica nacional Creación Chaguaramos II. <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/956/4/abeiza.pdf>

Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness.

Appetite, 36(3), 201–210. <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0398>

Birch, L. L., & Ventura, A. K. (2009). Preventing childhood obesity: What works? *International Journal of Obesity*, 33, S74–S81. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.22>

Caballero, L. S. (2017). PATRONES DE CONSUMO ALIMENTARIO, ESTADO NUTRICIONAL Y CARACTERISTICAS METABOLÓMICAS EN MUESTRAS POBLACIONALES URBANAS DEL NIVEL DEL MAR Y ALTURA DEL PERÚ. In Universidad Peruana Cayetano Heredia. http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1012/Patrones_CaballeroGutierrez_Lidia.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Canals-Sans, J., Blanco-Gómez, A., Luque, V., Ferré, N., Ferrando, P. J., Gispert-Llauradó, M., Escribano, J., & Closa-Monasterolo, R. (2016). Validation of the Child Feeding Questionnaire in Spanish Parents of Schoolchildren. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(6), 383–391.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.03.017>

Castro, S. R. (2016). Guías alimentarias : consumo aconsejado de alimentos adaptado a los hábitos de la población. <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/SUSANA ROCIO CASTRO BELMONTE.pdf>

CEPAL. (2020). Análisis y respuestas de América Latina y el Caribe ante los efectos del COVID-19 en los

sistemas alimentarios. <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/45512>

Cervera, P., Clapes, J., & Rigolfas, R. (2004). Alimentación y dietoterapia. <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Alimentacion-Dietoterapia.pdf>

Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. (2018). La nutrición y los sistemas alimentarios. In Food and Agriculture Organization of the United Nations. <http://www.fao.org/3/I7846ES/i7846es.pdf>

Contreras, G. N., & Lagunes, I. R. (2016). Validación Psicométrica de la Adaptación Mexicana del Child Feeding Questionnaire. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2337–2349. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30054-0](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30054-0)

Cornelius, P. E. (1991). Life in Antarctica. From Antarctica to Outer Space, 9–14. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3012-0_2

Costanzo, P., & Woody, E. (1985). Estilos de crianza de dominios específicos y su impacto en el desarrollo del niño de una desviación particular: el ejemplo de la propensión a la obesidad. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 425–445. <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.1985.3.4.425>

Covarrubias, P., Maldonado, I., Salinas, D., & Tolosa, J. (2018). Creencias y actitudes de los padres sobre la alimentación de niños de primer ciclo básico de tres

colegios de diferente dependencia administrativa en la ciudad de Viña del Mar. In *Journal of Chemical Information and Modeling*.

Davison, K., & Birch, L. (2008). Weight Status, Parent Reaction, and Self-Concept in Five-Year-Old Girls. *Bone*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1542/peds.107.1.46>.Weight

De La Mar, R. (2020). Malnutrición y sistema inmune en tiempos de pandemia. *Canarias7*. <https://www.canarias7.es/sociedad/salud/malnutricion-y-sistema-inmune-en-tiempos-de-pandemia-BE9071773>

Díaz, A., Osorio, N., & Barker, S. (2020). Impacto del cambio en los hábitos alimenticios sobre la salud de la población entre los 18 y 30 años por el confinamiento obligatorio en Colombia. *UNIVERSIDAD EAN*, 1–15.
<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/10266/DiazAngely2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Díaz Beltrán, M. D. P. (2014). Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Revista de La Facultad de Medicina*, 62(2), 237–245. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n2.45414>

FAO. (2020). Hambre e inseguridad alimentaria. Food and Agriculture Organization of Teh United Nations. <http://www.fao.org/hunger/es/>

- FAO, OPS, WFP, & UNICEF. (2020). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020. In *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020*. <https://doi.org/10.4060/cb2242es>
- FAO, WFP, OPS, OMS, & UNICEF. (2018). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018*.
- FAO y CELAC. (2020). Seguridad Alimentaria bajo la Pandemia de COVID-19. In *Seguridad Alimentaria bajo la Pandemia de COVID-19*. <https://doi.org/10.4060/ca8873es>
- Fariza, I. (2020). Lecciones de 1918: las ciudades que adelantaron el distanciamiento social crecieron más tras la pandemia. *EL PAIS*. <https://elpais.com/economia/2020-03-30/lecciones-de-la-gripe-de-1918-las-ciudades-que-adelantaron-el-distanciamiento-social-crecieron-mas-tras-la-pandemia.html>
- Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I., & Palma, A. (2020). Impacto del COVID-19 Contexto general. In *Perspectivas en Nutrición Humana* (Vol. 12, Issue 1). <http://revistas.unl.edu.ec/index.php/economica/article/view/391/337>
- Fisher, J. O., Mitchell, D. C., Smiciklas-Wright, H., & Birch, L. L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. In *Journal of the American Dietetic Association* (Vol.

102, Issue 1, pp. 58–64). [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90017-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90017-9)

Freire, W., Ramirez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., & Silva, K. M. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2011-2013.

Freire, W., Ramirez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva, K., Romero, N., Sáenz, K., Piñeiros, P., Gómez, L. F., & Monge, R. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

Fundación Española de Nutrición. (2014). Encuesta de nutrición de la Comunidad de Madrid. In Documento técnico de salud pública; n. 18. http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/ENUCAM_2014.pdf

GANESAN. (2020). Impacto del COVID-19 en la seguridad alimentaria y la nutrición (SAN). *Perspectivas En Nutrición Humana*, 12(1), 1–9. <http://revistas.unl.edu.ec/index.php/economica/article/view/391/337>

Geng, G., Zhu, Z., Suzuki, K., Tanaka, T., Ando, D., Sato, M., & Yamagata, Z. (2009). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Japanese elementary school children. *Appetite*, 52(1), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.06.015>

Gibbens, S. (2020). Los efectos del COVID-19 en los niños. NATIONAL GEOGRAPHIC.

<https://www.nationalgeographicla.com/ciencia/2020/07/los-efectos-del-covid-19-en-los-ninos-coronavirus>

González, M. (2004). Estudio de Hábitos Alimenticios en los Estudiantes de la Universidad de las Américas, Puebla.

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/gonzalez_r_m/capitulo2.pdf

Gordillo, G., & Méndez, O. (2013). SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIAS. <http://www.fao.org/3/ax736s/ax736s.pdf>

GPMB. (2019). Un mundo en peligro. Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias. In Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias.

Herrera, D. (2016). Hábitos Alimentarios y su Relación con el Sobrepeso y Obesidad en Adolescentes en la Unidad Educativa Julio María Matovelle en el año 2016.

[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12310/TESIS DIANA HERRERA.pdf?sequence=1](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12310/TESIS%20DIANA%20HERRERA.pdf?sequence=1)

INEC. (2010). Resultados del censo 2010. Fascículo provincial pastaza.

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/pastaza.pdf>

- INEC. (2019). Información de la Provincia de Pastaza. Gobierno Provincial de Pastaza.
- Kaur, H., Li, C., Nazir, N., Choi, W. S., Resnicow, K., Birch, L. L., & Ahluwalia, J. S. (2006). Confirmatory factor analysis of the child-feeding questionnaire among parents of adolescents. *Appetite*, 47(1), 36–45. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.01.020>
- Kaushik, A., Gupta, S., & Sood, M. (2020). COVID-19 in Children: Clinical Approach and Management- Correspondence. *Indian Journal of Pediatrics*, 87(11), 970–972. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03374-0>
- Landeta, L., & González, G. (2021). Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe. In *Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe* (Issue July). <https://doi.org/10.4060/cb5312es>
- Ledermann, W. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista Chilena de Infectología*, 20, 13–17. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182003020200003>
- Levesque, M. (1991). An Experiential Perspective on Conducting Social and Behavioral Research at Antarctic Research Stations. *From Antarctica to Outer Space*, 15–20. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3012-0_3

- Linconao, A. J. (2020). El confinamiento ante el COVID-19, sus efectos vinculares y psicológicos. Fenómenos y prácticas recomendadas. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, April, 12.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27820.82566>
- Lozada, C. M. (2014). ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS DE LA I.E.P SANTA MAGDALENA SOFÍA. AREQUIPA. 2014. <https://1library.co/document/yr3o7e8y-estilos-relacionado-sobrepeso-obesidad-ninos-magdalena-sofia-arequipa.html>
- Lozano, M. del C. (2003). CONDICIONANTES SOCIOECONÓMICOS DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS E INGESTA DE ENERGÍA Y NUTRIENTES EN ESCOLARES DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. In UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//far/ucm-t27248.pdf>
- Macancela, M., & Avilés, K. (2014). UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. Incidencia de la mal nutrición en preescolares que asisten a la escuela fiscal mixta matutina “ Eduardo Estrella Aguirre ” desde a abril a mayo del 2014. Autoras KERLY AVILÉS MÉNDEZ LCDA. MSC. SILVIA HURTADO PANTOJA. Año Lect. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9061/1/TESIS MARCIA.pdf>
- Machado, J. (2020). Así funciona la base de beneficiarios de los kits de alimentos. Primicias. <https://www.>

primicias.ec/noticias/sociedad/kits-alimentos-registro-social-coronavirus/

Macias, A., Gordillo, L., & Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutricion*, 39(3), 40–43. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>

Manera, M., Gil, A., Mielgo, J., & Mauro, I. S. (2012). Postura del GREP-AEDN sobre la “Dieta Enteral Planas” (Vol. 2012). <http://fedn.es/docs/grep/docs/DietaEnteralPlanas.pdf>

Marini, A., Alcázar, L., & Walker, I. (2011). El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños. *Salud, Interculturalidad y Comportamiento de Riesgo*, 1–70. http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/30_alcazar_marini_walker.pdf http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20120223050027/30_alcazar_marini_walker.pdf

Mariño, A., Núñez, M., & Gámez, A. I. (2016). Alimentación saludable. *Medigraphic*, 1–13. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm161e.pdf>

Martinez, A., & Pedrón, C. (2016). Conceptos básicos de la alimentación. <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-06/conceptos-alimentacion.pdf>

- Medina, M., & Jaramillo, L. (2020). Covid Estres Postrau-
matico. Preprint-Scielo, 1, 12.
- Menéndez, R., & Franco, F. (2009). Publicidad y alimentación:
Influencia de los anuncios gráficos en las pautas
alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutricion
Hospitalaria*, 24(3), 318–325. [http://scielo.isciii.es/
pdf/nh/v24n3/original6.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n3/original6.pdf)
- Micha, R., Mannar, V., Afshin, A., Allemandi, L., Baker, P.,
Battersby, J., Chen, K., Zulfiqar, B., & Corvalán, C.
(2020a). Desigualdades en la carga mundial de mal-
nutrición. [https://globalnutritionreport.org/re-
ports/2020-global-nutrition-report/](https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/)
- Micha, R., Mannar, V., Afshin, A., Allemandi, L., Baker, P.,
Battersby, J., Chen, K., Zulfiqar, B., & Corvalán,
C. (2020b). EL INFORME DE LA NUTRICIÓN
MUNDIAL 2020 EN EL CONTEXTO DE LA CO-
VID-19.
[https://globalnutritionreport.org/reports/2020-
global-nutrition-report/](https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/)
- Ministerio de Educación. (2020). Inició la segunda fase de
entrega de kits de alimentación escolar. NOTICIAS.
[https://educacion.gob.ec/inicio-la-segunda-fase-
de-entrega-de-kits-de-alimentacion-escolar/](https://educacion.gob.ec/inicio-la-segunda-fase-de-entrega-de-kits-de-alimentacion-escolar/)
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Plan Intersectorial de
Alimentacion y nutricion Ecuador 2018-2025.
[https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/
2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf)

- Monnery-Patris, S., Rigal, N., Chabanet, C., Boggio, V., Lange, C., Cassuto, D. A., & Issanchou, S. (2011). Parental practices perceived by children using a French version of the Kids' Child Feeding Questionnaire. *Appetite*, *57*(1), 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.04.014>
- Montoya, P. (2008). Alimentación, nutrición y salud. *Rev Cienc Méd Pinar Río*, 1–31.
- Decreto presidencial No 1017, 6 (2020). https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/03/Decreto_presidencial_No_1017_17-Marzo-2020.pdf
- Moreno, J., & Galiano, M. (2015). Alimentación del niño pre-escolar, escolar y del adolescente. *Pediatría Integral*, *19*(4), 268–279. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/05/n4-268-276_Jose_Moreno.pdf
- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive feeding practices questionnaire: Validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(8), 960–972. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>
- Navarro, G., & Reyes, I. (2016). Validación Psicométrica de la Adaptación Mexicana del Child Feeding Questionnaire. *Acta de Investigación Psicológica*, *14*(1), 11–40. <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-1111-pdf-S2007471916300540>

- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Story, M., Croll, J., & Perry, C. (2003). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(3), 317–322. <https://doi.org/10.1053/jada.2003.50048>
- OMS. (2020a). Coronavirus. https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- OMS. (2020b). Malnutrición. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- OMS (2021). Nutrición. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/topics/nutrition/es/#:~:text=La nutrición es la ingesta,fundamental de la buena salud.>
- ONU. (2020). La crisis económica del COVID-19 empujará a millones de niños al trabajo infantil | Noticias ONU. ONU. <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475912>
- Palinkas, L. A., & Browner, D. (1995). Effects of Prolonged Isolation in Extreme Environments on Stress, Coping, and Depression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(7), 557–576. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb01599.x>
- Peña, L., Ros Mar, L., González, D., & Rial, R. (2010). Alimentación del preescolar y escolar. Asociación

Española de Pediatría., 297–305. <https://doi.org/00106>

Pérez, C., Citores, M. G., Bárbara, G. H., Litago, F. R., Sáenz, L. C., Aranceta-Bartrina, J., Val, V. A., López-Sobaler, A. M., Victoria, E. M. de, Ortega, R. M., Partearroyo, T., Izquierdo, J. Q., Barba, L. R., Martín, A. R., Castell, G. S., Tur, J. A., Ibáñez, M. V., Varela-Moreiras, G., & Serra-Majem, L. (2020). Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 26(2), 101–111. <https://doi.org/10.14642/RENC.2020.26.2.5213>

Phillips, A. (2020). De la gripe española al coronavirus, historia de las cuarentenas. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/20200201/473229638796/cuarentena-coronavirus-gripe-contagio.html>

Polat, S., & Erci, B. (2010). Psychometric properties of the child feeding scale in Turkish mothers. *Asian Nursing Research*, 4(3), 111–121. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(10\)60011-4](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(10)60011-4)

Ramírez, P., Patiño, V., & Gamboa, E. (2014). La educación temprana para niños y niñas desde nacimiento a los 3 años: Tres perspectivas de análisis. *Revista Electrónica Educare*, 18(3), 67–90. <https://doi.org/10.15359/ree.18-3.5>

Rivera, J. (2018). La malnutrición infantil en el Ecuador. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 5(5), 1–108.

<https://revistas.uchile.cl/index.php/REPP/article/download/51170/56498/>

- Rivero Urgell, M., Aznar Moreno, L. A., Dalmau Serra, J., MorenoVillares, J. M., Aliaga Pérez, A., & García Perea, A. (2015). Libro Blanco de la Nutrición Infantil en España. In Libro blanco de la nutrición. http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_de_la_nutricion_infantil.pdf
- Rojas, D. (2011). Percepción de alimentación saludable, hábitos alimentarios estado nutricional y práctica de actividad física en población de 9-11 años del colegio Cedit Ciudad Bolívar, Bogotá. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/8771/tesis704.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Romero, K., Martínez, B., Falcón, V., & Tames, A. (2020). Estado nutricional en adultos de población rural en un cantón de la sierra ecuatoriana. *Revista Ciencias de La Salud*, 18(1), 52–66. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8748>
- Royo, M. Á., Bes-Rastrollo, M., Bosqued, M. J., & Carmen, D. B. L. (2017). NUTRICIÓN EN SALUD PÚBLICA. In *Nutrición en Salud Pública*. <http://publicaciones.isciii.es>
- Ruiz, E., Ávila, J. M., Valero, T., Pozo, S. Del, Rodríguez, P., Aranceta-Bartrina, J., Gil, Á., González-Gross, M., Ortega, R. M., Serra-Majem, L., & Varela-Moreiras, G. (2015). Energy intake, profile, and dietary

sources in the spanish population: Findings of the ANIBES study. *Nutrients*, 7(6), 4739–4762. <https://doi.org/10.3390/nu7064739>

Santillán, A., & Calderón, E. (2020). Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador Epidemiological characterization of Covid-19 in Ecuador. *InterAm J Med Health*, 3, 2–5. <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/99/110>

Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22–34. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x>. Parental

Senplades. (2017). Agenda zonal zona 3 centro provincias de: Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza 2013–2017. In secretaria nacional de planificacion y desarrollo (Vol. 1). <http://http://www.planificacion.gob.ec>

Suárez, P., & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño : una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 173–197. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElPapelDeLaFamiliaEnElDesarrolloSocialDelNiño-6573534.pdf>

Tores, A. del R. (2002). Crecimiento y desarrollo. *Revista Mexicana de Medicina y Rehabilitacion*, 14(24), 54–57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488811/pdf/nutrients-07-04739.pdf>

- UNICEF. (2014). DESNUTRICION. UNICEF. <https://www.unicef.org/ecuador/desnutrificación>
- UNICEF. (2019). Estado mundial de la infancia 2019. In Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación. <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
- UNICEF. (2020). COVID-19: Más del 95 por ciento de niños, niñas y adolescentes está fuera de las escuelas en América Latina y el Caribe. UNICEF. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/covid-19-mas-del-95-por-ciento-de-ninos-y-niñas-esta-fuera-de-las-escuelas#:~:text=CIUDAD DE PANAMÁ%2C 23 de,a causa del COVID-19.>
- Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2020). intervención multisectorial en Taisha y Arajuno para reducir la desnutrición crónica infantil. Vicepresidencia de la República del Ecuador
- Wayne, D. (1941). The Significance of Feral Man. *The American Journal of Psychology*, 54(3), 425–432.
- Webb, P. (2015). NUTRICIÓN y Objetivos de Desarrollo Sostenible posteriores a 2015. http://www.unscn.org/files/Publications/Briefs_on_Nutrition/EA1-VS-ESP_Nutrition-The-Post-2015-Sustainable.pdf
- WFP. (2017). Malnutrición : Impacto Social y Económico. In El costo de la doble carga de malnutrición: impacto

social y económico. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42535-impacto-social-economico-la-doble-carga-la-malnutricion-modelo-analisis-estudio>

World Food Program. (2017). Nutrir en el futuro. Programas de Alimentación Escolar Sensibles a la Nutrición en América Latina y el Caribe. Un Estudio de 16 Países. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000071367/download/>

World Food Programme. (2020). El coronavirus amenaza con aumentar la desnutrición aguda, poniendo en peligro el futuro de 10 millones de niños. World Food Programme. <https://reliefweb.int/report/world/el-coronavirus-amenaza-con-aumentar-la-desnutricion-aguda-poniendo-en-peligro-el-futuro>

MESA 2: IMPACTO DE LA COVID EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Experiencias sobre COVID 19 de estudiantes de la salud en el ámbito familiar.

AUTORES

Félix Patricio Moncayo Echeverría
Myriam Susana Álvarez Yaulema

EMAIL DEL AUTOR

pmoncayoe@puce.edu.ec
malvarez@unibe.edu.ec

FILIACIÓN

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Universidad Iberoamericana del Ecuador

INTRODUCCIÓN

A partir del 11 de marzo del 2020, fecha que se declaró por parte de la Organización Mundial de la Salud pandemia por COVID-19 en 180 países de casi todos los continentes. La forma de vida tuvo que adaptarse a las medidas sanitarias decretadas; los cambios educativos implantados quedaron limitados, la suspensión de actividades presenciales como disposición oficial para garantizar la protección de los profesionales en formación, el acceso a las aulas y prácticas en el ámbito hospitalario de los estudiantes de medicina y otras carreras de salud.

Ahora bien, dentro de esta complicada situación académica, se suma el escenario de afrontar la enfermedad de manera personal; lo que involucra, una serie de emociones, sentimientos y acciones que “si es expresado y compartido, lo más personal y singular de cada uno puede llegar más profundamente a los demás.” (Rogers, 2000, pág. 34). Mientras que, en relación con la prestación de cuidados hacia pacientes de su grupo familiar, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos y competencias médicas en beneficio de su desarrollo profesional y del bienestar social de su comunidad, involucrándose en diferentes roles de acuerdo con nivel de las competencias alcanzadas en el proceso de su formación (Valdez, y otros, 2020). Aspecto que resulta un gran desafío al tener que emplear estrategias de su área de conocimiento, además de la práctica.

OBJETIVO

Revisar las experiencias de los estudiantes de áreas de salud en determinados niveles; puesto que, en algunos casos el realizar ciertos procedimientos, participación y

decisiones clínicas es menos clara (Beca, Gómez, Browne, & Browne, 2011); por lo que, al afrontar la enfermedad en su círculo familiar y “a medida que van adquiriendo grados y credenciales, el involucramiento y responsabilidad se va incrementando, por lo tanto, se establecen diversas recomendaciones, dependiendo del nivel académico que están cursando los estudiantes” (Valdez, López, Jiménez, Díaz, & Dávila, 2020). Además de recopilar reflexiones de los miembros de la familia, acorde al rol de los estudiantes de áreas de la salud como profesionales ante esta situación de crisis.

METODOLOGÍA

La presente investigación de enfoque cualitativo describe a través de la narrativa como herramienta metodológica “la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucraron pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p.542) contadas por estudiantes de las carreras de : medicina y enfermería y miembros de su núcleo familiar quienes experimentaron la enfermedad de COVID-19, durante los meses de febrero a mayo del 2021.

RESULTADOS

Los resultados que arrojó la investigación se estructuraron en categorías de análisis: mecanismos personales hacia la situación estresante, conocimientos y habilidades en la práctica, fortalezas, limitaciones y desafíos como futuros profesionales de salud.

El estudio sostiene que, al describir estas categorías, se evidencian emociones adaptativas ante la adversidad, desafíos

del conocimiento académico en la práctica, una reflexión sobre los modelos de actuación con el paciente, vocación de servicio y cuidado con humanización.

CONCLUSIONES

La enfermedad de la COVID-19 y la vivencia de los estudiantes de las carreras de salud permitió el auto conocimiento y reforzar los lazos filiales. Todo esto, fue un reencuentro hacia actividades, quehaceres y diálogos que se perdieron en el contexto de vida anterior a la pandemia. El padecer la enfermedad en el núcleo familiar, generó una responsabilidad al querer ayudar a los suyos en esta pandemia, a su vez sentirse impotente frente al cuidado y atención de salud a sus padres, hermanos, amigos y conocidos.

Se cuestionó y replanteó el aprendizaje recibido en la carrera, si bien el internet fue su aliado como primera forma de investigación del tema de COVID-19 desde el ámbito de la salud; otra instancia fueron las preguntas a sus profesores de confianza dentro de las asignaturas que convergen en el cuidado del paciente y aquellas que podían fortalecer su espíritu.

El auto aprendizaje y la adaptación al cambio se presentó en esta pandemia, hoy el futuro médico o estudiante de la salud, siente ese compromiso de ser responsable con el servicio de la salud y con el bien de todos sus pacientes, aprendió, que su desempeño está en satisfacer las necesidades del saber médico, la creatividad e innovación en el hacer y resolver problemas frente a nuevas enfermedades, creando espacios de reflexión, generando ideas que apoyen su meta de profesionales de la salud, utilizando su resiliencia, con formación integral de

seres humanos más sensibles, con confianza en sus habilidades y actitudes hacia el futuro.

PALABRAS CLAVE

COVID-19, educación universitaria, enfermedad, estudiantes de salud, vivencia familiar.

REFERENCIAS (APA)

Beca, J., Gómez, M., Browne, F., & Browne, J. (2011). Los estudiantes de medicina como parte del equipo de salud. *Revista médica de Chile*, 139(4), 462-466. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000400007>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa Y Mixta* (1.ª ed., p. 542). Ciudad de México: McGRAW-HILL.

Rogers, C. (2000). *El Proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidòs.

Salas Perea, Ramón Syr, Díaz Hernández, Lázaro, & Pérez Hoz, Grisel. (2013). El currículo de formación de especialistas médicos basado en competencias laborales. *Educación Médica Superior*, 27 (3), 262-274. Recuperado en 15 de octubre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300012&lng=es&tlng=es.

Valdez, J., Eraña, I., Díaz, J., Cordero, M., Torres, A., & y Zeron, L. (1 de junio de 2020). Observatorio Instituto para el Futuro de la Educación. Obtenido de El rol del estudiante de medicina y ciencias de la salud ante una pandemia: <https://observatorio.tec.mx/edu-bits-blog/rol-del-estudiante-de-medicina-y-ciencias-de-la-salud-ante-una-pandemia>

Valdez, V. L., López, M., Jiménez, M., Díaz, J., & Dávila, J. y. (2020). Me preparo para ayudar: respuesta de escuelas de medicina y ciencias de la salud ante COVID-19. *Investigación en Educación Médica*, 85-95. doi: <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20230>

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Profissionais da Saúde Atuantes frente a COVID-19

AUTORES

Nathalia Cervo Pereira¹

Natalia Veronez da Cunha Belinatti²

Lenita Agostinetto²

EMAIL DEL AUTOR

nathalia.pereira@uniplaclages.edu.br

nat_cunha@uniplaclages.edu.br

prof.leagostinetto@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

1 Acadêmica do curso de medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC)

2 Docente do Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde – Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC)

INTRODUCCIÓN

Em dezembro do ano de 2019, um conjunto de casos clínicos característicos de pneumonia, de etiologia desconhecida, foram notificados na China. O rápido contágio da doença despertou a atenção de todo o cenário sanitário internacional.

Posteriormente a investigações, constatou-se que uma nova classe de coronavírus, denominado SARS-CoV-2, seria o responsável pelo surto de infecções, sendo intitulado pelo nome técnico patológico de COVID-19. Após o incidente, devido à disseminação desenfreada do vírus, a Organização Mundial da Saúde (OMS), decretou estado de pandemia, reiterando a emergência de saúde pública. O crescimento expressivo do número de novos casos de infecção pela COVID-19, interligado às dificuldades de bloqueio de transmissão, sobrecarregou o sistema de saúde em âmbito mundial. Deste modo, tanto no Brasil como em todo o mundo, houve um intenso direcionamento de profissionais da saúde para atuar no combate da pandemia, cuja convocação se deu pela portaria 639 de março/2021 do Ministério da Saúde (MS) em território nacional.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é caracterizar os profissionais da saúde que atuam frente a pandemia COVID-19 em um município da Serra Catarinense, Santa Catarina, Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, ainda em andamento.

METODOLOGIA

A coleta de dados ocorreu com base na aplicação de um questionário online, a partir do Google formulários, divulgado pelas mídias sociais aos profissionais. A definição das categorias profissionais participantes foi feita pela Portaria n. 639 do Ministério da Saúde de março de 2021. O período para coleta de dados é de julho a outubro de 2021, onde a mesma encontra-se em andamento para ampliação da amostra. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição(4.664.468). Os dados serão tabulados em planilha

do Excel ® e analisados a partir da estatística descritiva e associação entre variáveis pelo teste qui-quadrado.

RESULTADOS

Até o momento, foram coletados dados de 35 profissionais. Os dados parciais indicam discreta predominância do sexo masculino (52,8%), com idade entre 30 e 49 anos (61,7%). As principais áreas de formação são médicos e enfermeiros, ambos representando 29,4%, seguido de dentistas (14,7%). Dos participantes, 50% atuam exclusivamente na rede pública e 2,8% na rede privada. Ainda, 52,8% trabalham em apenas um local de trabalho.

CONCLUSIONES

Até o momento, a pesquisa evidencia a predominância de médicos e enfermeiros como os profissionais mais atuantes no combate à doença e atuando principalmente no setor público.

PALABRAS CLAVE

Atuação profissional. Pandemia. Sars Cov-2.

REFERENCIAS (APA)

WU, Peng. et al (2020). Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020. *Euro Surveill*, 25 (3) pii = 2000044.

WANG et al (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395 (5), 473-497.

Ministério da Saúde (2020). Portaria N° 639, de 31 de março de 2021, 64(1), 76.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

COVID-19 e sintomas associados em acadêmicos de uma universidade do Planalto Serrano Catarinense, Santa Catarina, Brasil.

AUTORES

Natalia Cassaniga; Lenita Agostinnetto; Ana Emilia Siegloch.

EMAIL DEL AUTOR

nataliacassaniga@uniplaclages.edu.br
prof.leagostinnetto@uniplaclages.edu.br
asiegloch@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

Universidade do Planalto Catarinense, Brasil

INTRODUCCIÓN

A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus humano (Sars-Cov-2), que pode ocasionar sintomas graves e desencadear sequelas nos indivíduos positivados. Brasil ocupa o terceiro lugar no mundo em número total de casos confirmados (21.644.464 pessoas) e em segundo lugar em número total de mortes (603.282 em 19/10/2021) (WHO, 2021). No país a maior incidência da doença é na população

jovem (<50 anos) e a maior letalidade na população idosa, mas os estudos recentes têm evidenciado o acometimento das formas graves da doença, inclusive evoluindo a óbito de pessoas jovens sem comorbidades (Fiocruz, 2021).

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo avaliar a ocorrência da COVID-19 e sintomas associados em acadêmicos de uma Universidade do Planalto Serrano Catarinense, Santa Catarina, Brasil.

METODOLOGÍA

Esta é uma pesquisa observacional-descritiva, transversal, com abordagem quantitativa realizada com estudantes da maior instituição de ensino superior situada na Serra Catarinense. A amostra foi constituída por 125 participantes, sendo a coletada de dados realizada por meio de um questionário estruturado, com questões fechadas e abertas sobre a ocorrência da COVID-19 em universitários, aplicado via Google Forms e divulgado nas mídias sociais entre julho e outubro de 2021. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (n. do parecer 4.794.870).

RESULTADOS

A pesquisa mostrou que 53,6% dos participantes não tiveram a doença e 33,6% apresentaram diagnóstico para COVID-19. Os sintomas mais frequentes foram dor de cabeça (36%), perda de paladar (22,4%) e febre (20%) (Tabela 1). Os participantes também informaram sequelas da doença. As mais citadas foram: sensação de cansaço (26,4%), perda de memória (13,6%) e dores musculares (8,8%) (Tabela 2). O estudo também mostrou que 92,6% dos participantes fazem

o uso da máscara como medida de proteção, sendo que a a mascarará mais utilizada foi a de tecido (76%), seguida pela cirúrgica (45,6%).

Tabela 1. Principais Sintomas relatados pelos participantes do estudo realizado em uma Universidade do Planalto Catarinense, região sul do Brasil.

Sintomas	n	%
Dor de cabeça	45	36%
Perda de paladar	28	22,4%
Febre	25	20%
Não tiveram sintomas	65	52%

Tabela 2. Principais sequelas relatados pelos participantes do estudo realizado em uma Universidade do Planalto Catarinense, região sul do Brasil.

Sequelas	n	%
Sensação de cansaço	33	26,4%
Perda de memória	17	13,6%
Dores musculares	11	8,8%
Não tiveram Covid	79	63,2%
Outros	20	16%

CONCLUSIONES

Até o momento, o estudo evidenciou dados preocupantes quanto a elevada ocorrência da COVID-19 entre jovens universitários (<30 anos), bem como, demonstrou o desencadeamento de diversas sequelas nos participantes pós infecção. Os dados reforçam a necessidade de implementar programa de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde SUS no Brasil para assistir as pessoas com sequelas da Covid-19.

PALABRAS CLAVE

Sars-CoV-2. Sintomas e Sequelas. Universitários.

REFERENCIAS (APA)

FIOCRUZ. Boletim Observatório Covid-19. 2021. Disponível em:
https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u35/boletim_covid_2021-semanas_14-15-red.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>

PONENCIA 4

TÍTULO DE LA PONENCIA

Estilo de Vida dos Profissionais de Educação Física durante a Pandemia de COVID-19

AUTORES

Andreia Munalli Pereira Borssatto
Cleonice Gonçalves da Rosa
Natalia Veronez da Cunha Bellinati
Pedro Boff

EMAIL DEL AUTOR

andreiaborssatto@uniplaclages.edu.br
cleorosaqm@yahoo.com.br
nat_cunha@uniplaclages.edu.br
boff.pedro@yahoo.com.br

FILIACIÓN

Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde,
Universidade do Planalto Catarinense, Lages-SC, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Profissionais da área da saúde têm enfrentado intensas rotinas de trabalho o que os deixam vulneráveis ao adoecimento

físico e/ou psicológico, podendo assim comprometer o estilo de vida.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo conhecer o estilo de vida de profissionais de Educação Física do Estado de Santa Catarina, no Brasil, em face à pandemia da COVID-19.

METODOLOGÍA

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2021, por meio de formulários eletrônicos utilizando o instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual – PEVI (NAHAS, 2000).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 124 profissionais de Educação Física, distribuídos nas cinco mesorregiões do Estado de Santa Catarina, com idade média $33,5 \pm 10$ anos. Foi possível verificar que 83,8 % dos participantes não foram contaminados pelo Sars-Cov2; e 16,1% testaram positivo para COVID-19. O perfil de estilo de vida dos participantes foi positivo nos pilares de atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e perfil global de estilo de vida. Os participantes contaminados com Sars-Cov2 apresentaram maior pontuação para os relacionamentos ($p=0,039$) dos que os não contaminados.

CONCLUSIONES

Mesmo com as adversidades apresentadas pelo momento atípico de uma pandemia mundial em com algumas restrições para exercer as funções laborais, os profissionais avaliados

apresentaram resultados favoráveis e positivos na maioria dos pilares do estilo de vida avaliados.

PALABRAS CLAVE

Covid-19. Estilo de vida. Profissionais de Educação Física.

REFERENCIAS (APA)

AIRES, I. O.; et al. Consumo alimentar, estilo de vida e sua influência no processo de envelhecimento. *Research, Society and Development*, v. 8, n. 11, p. 31, 2019.

ANDRADE, D. R.; et al. Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil. BENEDETTI, TRB et al. A formação do profissional de educação física para o setor saúde. Florianópolis, p. 87-107, 2014.

BARCELLOS, A. A. B.; DE OLIVEIRA MONTEIRO, A.; PADILLA, L. R. N. A sindicalização dos profissionais de educação física no Brasil. *Conexões*, v. 13, n. 3, p. 146-174, 2015.

BECKER, L.; GONÇALVES, P.; REIS, R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.

BOTH, J. Pesquisas sobre formação e desenvolvimento profissional em educação física no contexto brasileiro. *Caderno de Educação Física e Esporte*, v. 17, n. 1, p. 11-12, 2019.

BOTH, J. Satisfação no trabalho e estilo de vida do docente de Educação Física na região metropolitana de Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, v. 14, n. 2, 2015.

BOTH, J. et al. Condições de vida do trabalhador docente: Associação entre estilo de vida e qualidade de vida no trabalho de professores de Educação Física. *Motricidade*, v. 6, n. 3, p. 39-51, 2010.

NAHAS, M. V.; DE BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 24, n. 1, p. 135-148, 2010.

PONENCIA 5

TÍTULO DE LA PONENCIA

La sindemia y la pandemia del COVID-19 ¿cómo explicar el impacto del encierro en la salud mental en estudiantes universitarios?

AUTORES

Patricio Trujillo Montalvo

EMAIL DEL AUTOR

pstrujillo@puce.edu.ec

FILIACIÓN

PUCE

INTRODUCCIÓN

La capacidad de los seres humanos para entender lo que denominamos REALIDAD que nos rodea, está enmarcada en la comprensión de tres perspectivas, una teórica-conceptual que podría relacionarse a lo racional, una segunda más subjetiva que se liga a la construcción de conceptos sobre el mundo que nos rodea, y finalmente una existencial que trata de entender al ser, a lo que somos como seres humanos. ¿Cómo entender los sentidos de pertenencia, de angustia, de dolor, de culpa de un ser humano? En especial en etapas

extraordinarias como una sindemia a nivel mundial y sus efectos a la humanidad.

OBJETIVO

Analizar al Covid-19 como una sindemia es “subrayar en sus orígenes sociales, es lo que propone Merrill Singer, antropólogo médico estadounidense, quien relacionó el enfoque ‘sindémico’ con interacciones biológicas y sociales como aspectos importantes para el pronóstico, el tratamiento y la política de salud” (Singer, 2015).

METODOLOGÍA

Etnografía de los sentidos y narrativas del ser. El antropólogo Michael Jackson (2005) denomina la producción de los sentidos del ser como un espacio donde todos necesitamos crear sentidos de pertenencia, integrarnos, lo que implica una lucha cotidiana por vivir dando la cara a la adversidad y la pérdida. Entender a lo humano desde la antropología existencial. Lo relaciona con un resultado entre ciertas circunstancias dinámicas, sobre las que tenemos poco control y nuestra capacidad de vivir que se transforma en nuestras experiencias, nuestro mundo de la vida.

RESULTADOS

Poco se ha profundizado sobre la post sindemia, en especial los potenciales efectos a nivel psicosocial que en muchos países se presentan como afectaciones a la salud mental entre todos los grupos pero en especial entre estudiantes universitarios.

CONCLUSIONES

Muchos seres humanos al paso de la pandemia y de la profunda crisis sanitaria que hemos vivido como humanidad,

han cambiado sus perspectivas sobre los sentidos de la vida, luego de observar impotentes el masivo contagio y la muerte de familiares, amigos y conocidos en hospitales colapsados por enfermos diagnosticados con COVID-19.

PALABRAS CLAVE

Covid 19, etnografía, narrativas, salud mental, sindemia

REFERENCIAS

Haro AS, Calderón EP. (2020) Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador. *InterAm J Med Health*;3:e202003020

Jackson, M. (2005). *Existential anthropology: Events, exigencies, and effects*. Berghahn: New York.

Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease (COVID-2019) situa on reports [Internet]. United States of America: WHO; 2020 [citado 2020 Marzo 31]. 11 p. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situaonreports/20200331sitrep-71-covid-19.pdf?sfvrsn=4360e92b>

Reyes, N y Trujillo, P (2020) Ansiedad, estrés e ira: el impacto del COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios. *Revista Investigación y Desarrollo* (13) p.13-22.

Singer, M (2011) *Introduction to syndemics: a systems approach to public and community health*. Jossey-Bass: San Francisco

MESA 3: IMPACTO CAMPO CLÍNICO

PONENCIA 1

TÍTULO DE LA PONENCIA

Efeito da Reabilitação Cardíaca na Qualidade do sono de pacientes Pós-COVID-19

AUTORES

Jenifer Amabili Gamba
Patrícia Aparecida Ramos
Joana Ribeiro Colombo Barbisan
Natalia Veronez da Cunha

EMAIL DEL AUTOR

joanacbarbisan@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

Universidade do Planalto Catarinense – Lages - Santa Catarina, Brasil.

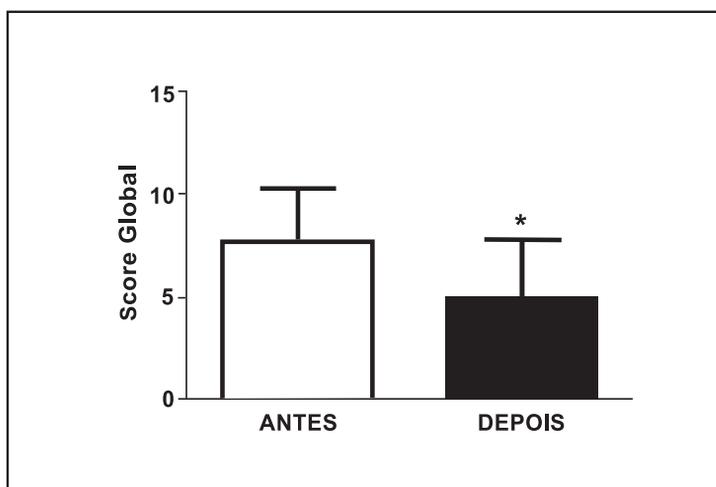
OBJETIVO

Avaliar o efeito da reabilitação cardíaca na qualidade do sono de paciente pós-COVID-19.

CUERPO DEL TEXTO

Sobreviventes da COVID-19 apresentam altos índices de alterações no sono. A prática regular de exercício físico pode favorecer na melhora da qualidade do sono, diminuindo a fadiga, sintomas depressivos e de ansiedade. O objetivo da pesquisa foi avaliar o efeito da reabilitação cardíaca na qualidade do sono de paciente pós-COVID-19. Participaram da pesquisa cinco (05) pacientes que apresentaram a COVID-19 e foram encaminhadas por médicos para o serviço de reabilitação cardíaca. As sessões aconteceram numa frequência de duas ou três vezes na semana, num total de 36 sessões, sendo realizados em cada sessão exercícios de fortalecimento, exercícios de flexibilidade e exercícios aeróbicos. Para avaliação da qualidade do sono foi utilizado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. Os participantes

Gráfico 1. Resultado da qualidade de sono pré e pós intervenção, segundo a Escala de Pittsburgh.



Fonte: os autores.

* $p \leq 0,05$

foram 03 homens e 02 mulheres, com idade média de 52 ± 11 anos, sendo que 03 foram hospitalizados (01 na Unidade de Terapia Intensiva) e 02 não para o tratamento da COVID-19. Houve uma melhora significativa na qualidade do sono dos participantes (Score antes: 8 ± 3 , indicando má qualidade do sono; Score após: 5 ± 3 , indicando boa qualidade de sono), conforme gráfico abaixo.

CONCLUSIÓN

A reabilitação cardíaca se mostra uma ferramenta importante para esses pacientes, proporcionando uma melhor qualidade do sono e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

PALABRAS CLAVE

COVID-19. Fisioterapia. Sono.

REFERENCIAS (APA)

AMORIM, J. R.; SILVA, I. A.; SHIMIZU, I. S.. Avaliação da qualidade de sono em pacientes com câncer de mama em quimioterapia. **Rev Bras Mastologia**, v. 27, n. 137, 2017. Disponível em: https://www.mastology.org/wp-content/uploads/2017/01/MAS-v27n1_3-7.pdf. Acesso em: 28 set. 2020.

ASSOBRAFIR.. **Recomendações para a Atuação Dos Fisioterapeutas No Âmbito Da Atenção Primária à Saúde (APS) De Pacientes Suspeitos Ou Diagnosticados com covid-19**. 2020. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/wp-content/>

uploads/2020/06/ASSOBRAFIR_COVID-19_APS_2020.06.01.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.

ARAÚJO, P. *et al.* **Qualidade do sono de participantes de programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica.** 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/6087/4362>. Acesso em: 02 abr. 2021.

BATISTA, B. **Modelos Estatísticos em Delineamento Pré-teste Pós-teste: Um Estudo Comparativo.** 2015. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/13228/1/2015_BiancaDornelesBatista.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

BATTOOL-ANWAR, S. *et al.* **Impact of the novel coronavirus disease on treatment adherence and sleep duration in patients with obstructive sleep apnea treated with positive airway pressure.** 2020. **Journal of Clinic Sleep Medicine.** Disponível em: <https://jcsm.aasm.org/doi/pdf/10.5664/jcsm.8746>. Acesso em: 02 abr. 2021.

BERTOLAZI, A.N.. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.** 2008. 93p. Dissertação (mestrado em medicina) Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS). Porto Alegre, 2008. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/qualidade_do_sono.pdf.

BORDALO, A. A. **Estudo transversal e/ou longitudinal.** 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001. Acesso em: 14 nov. 2020.

CARVALHO, T. *et al.* **Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular.** 2020. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11405/pdf/11405022.pdf>. Acesso em: 11 out. 2020.

CAMPINAS, S. **ESCALA DE DISPNEIA MODIFICADA – MEDICAL RESEARCH COUNCIL.** Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/assist_farmaceutica/pcdt/doenca_pulmonar_obstrutiva_cronica/outros_impessos_doenca_pulmonar_obstrutiva_cronica.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

CHAN, J. F. *et al.* A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person - to - person transmission: a study of a family cluster. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 514-523, 2020.

CONFEEF. **Exercícios físicos auxiliam na reabilitação de recuperados da Covid-19.** 2020. Disponível em: https://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2020/N76_DEZEMBRO/08.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

CORBETTA, A. *et al.* Os Testes de Flexibilidade Do Banco De Wells Realizados em Jovens No Processo De Recrutamento Obrigatório Demonstraram Que a

Atividade Física Não Influencia na Flexibilidade Muscular. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v.2, n.10, p.409-414 2008. Disponível em: file:///D:/Meus%20Documentos/Downloads/Dialnet-OsTestesDeFlexibilidadeDoBancoDeWellsRealizadosEmJ-4923608.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

CRUZ, F. **O que você precisa saber sobre a transmissão do novo coronavírus pelo ar?** 2020. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/49471>. Acesso em: 22 mar. 2021.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A.. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, v. 2, n. 4, p. 01- 13, 2008.

GREVE, J. M. A. *et al.* Impacts Of Covid-19 On The Immune, Neuromuscular and Musculoskeletal Systems And Rehabilitation. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 285-288, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220202604esp002>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922020000400285. Acesso em: 20 mar. 2021.

GUIMARÃES, F. **Atuação do fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva no contexto da pandemia de COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.scielo>.

br/scielo.php?pid=S0103-51502020000100100&script=sci_arttext. Acesso em: 19 mar. 2021.

HEALTH U. **Escala de PSE de Borg**. Disponível em: https://www.healtheuniversity.ca/pt/Cardiac-College/Documents/29.Tool2_Rating%20Scales.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

HERDY, A.. **Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular**. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2014003000001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 nov. 2020.

LAZAI, E. *et al.* **A influência do exercício aeróbico de intensidade moderada na qualidade do sono: uma revisão narrativa**. 2020. Caderno de Educação Física e Esporte. V. 18, n. 3, p. 101-109, 2020. Disponível em: <http://saber.unioeste.br/index.php/cadernoe-dfisica/article/view/19836/16218>. Acesso em: 02 abr. 2021.

LÓPEZ, V. A. Q.; LÓPEZ, K. J. D.; JUVERA, G. C.. Intervenciones para promover estilos de vida saludables y su efecto en las variables psicológicas en sobrevivientes de cáncer de mama: revisión sistemática. **Nutrición Hospitalaria**, v. 35, n. 4, 2018. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v35n4/1699-5198-nh-35-04-00979.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

MAIR, V. Perfil da fisioterapia na reabilitação cardiovascular no Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15,

n. 4, p. 333-338, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fp/v15n4/03.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MAZZA, M.G. *et al.* Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 89, p. 594-600, Jul. 2020. Doi 10.1016/j.bbi.2020.07.037 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7390748/>

MORAES, R. S.. **Diretriz da reabilitação cardíaca**. 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/TCC/Diretriz%20reabilitação%20cardíaca.pdf>. Acesso em: 28 set. 2020.

MORAES, R. S.. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 1678-4170, maio 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2005000500015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000500015. Acesso em: 20 abr. 2021.

MOREIRA, D. *et al.* Quantificação do grau de melhora da força de preensão em pacientes portadores de hanseníase submetidos à neurólise dos nervos ulnar e mediano: relato de casos. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**. 5(2): 165-9, 2001.

NUSSBAUM, R.L., MCINNES, R.R., WILLARD, H.F.
Thompson & Thompson: Genética Médica. 8. ed.
Rio de Janeiro, Elsevier, 2016.

NOGUEIRA, C. J. *et al.* **Recomendações para a prática de exercício físico em face do COVID-19: uma revisão integrativa.** 2021. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício** ISSN Online: 2675-1372RBFEx. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/revistafisiologia/article/view/4254/6891>. Acesso em: 02 abr. 2021.

OMS. **Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19).** 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 02 abr. 2021.

PATIL, S. P. *et al.* Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea With Positive Airway Pressure: an american academy of sleep medicine systematic review, meta-analysis, and grade assessment. **Journal Of Clinical Sleep Medicine**, [S.L.], v. 15, n. 02, p. 301-334, 15 fev. 2019. American Academy of Sleep Medicine (AASM).
<http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7638>.
Disponível em: <https://jcsm.aasm.org/doi/pdf/10.5664/jcsm.7638>. Acesso em: 20 abr. 2021.

PESQUISA, A. E. I. E.. **Atualização Saúde Mental e COVID-19.** Disponível em: https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/18-08-2020_Saude-Mental-e-COVID-19.pdf. Acesso em: 04 abr. 2021.

- RAONY, Í. *et al.* Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: potential impacts on mental health. **Frontiers In Immunology**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-15, 27 maio 2020. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2020.01170>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.01170/full>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- ROSSI, G. R. E.. Avaliação da qualidade do sono e fatores associados em pacientes diabéticos tipo 2. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 41, p. 350-358, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/avaliacao_pacientes_diabeticos.pdf. Acesso em: 18 nov. 2020.
- SOUZA, L. S.. A Fisioterapia Na Reabilitação Cardiovascular: Uma Revisão de Literatura. **Revista Campo do Saber**, Cabedelo/pb, v. 4, n. 6, p. 34-36, 2018. Disponível em: <http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/188/165>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G.. The COVID-19 epidemic. **Tropical Medicine And International Health**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 278-280, mar. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7169770/pdf/TMI-25-278.pdf>.
- ZENG, B. *et al.* Expert consensus on protocol of rehabilitation for COVID-19 patients using framework and

approaches of WHO International Family Classifications. **Aging Medicine**, v. 3, n. 2, p. 82-94, 2020.

ZHU, N. *et al.* A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020. Disponível em:<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017>.

PONENCIA 2

TÍTULO DE LA PONENCIA

Percepção da Equipe Interprofissional de Unidades Especializadas, para o tratamento de pessoas com Acidente Vascular Cerebral, sobre o Processo de Alta Hospitalar.

AUTORES

Fernanda Seeber
Anelise Viapiana Masiero
Lilia Aparecida Kanan

EMAIL DEL AUTOR

seeberfernanda@gmail.com
anemasiero@uniplaclages.edu.br

FILIACIÓN

Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC
(Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde -
PPGAS)

OBJETIVO

Objetivo Geral: Analisar a percepção da equipe interprofissional de unidades especializadas para o tratamento de pessoas com Acidente Vascular Cerebral sobre o processo de alta hospitalar.

Objetivos Específicos:

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais da equipe interprofissional de UAVC tipo III de hospitais Brasileiros
- b) Investigar como ocorre a participação da equipe interprofissional no processo de alta hospitalar
- c) Investigar se a pandemia por COVID-19, interferiu nos modos de orientações de alta hospitalar
- d) Identificar quais as fragilidades e potencialidades em relação ao processo de alta hospitalar são apontadas pela equipe interprofissional.

CUERPO DEL TEXTO

O atendimento em centros especializados denominados Unidades de AVC (UAVC) tipo III proporcionam abordagem ampla do processo de reabilitação de pessoas com AVC onde a equipe interprofissional inicia o processo de desospitalização e alta hospitalar com o intuito de promover saúde, reduzir a ocorrência de novos internamentos e contribuir para a qualidade de vida de pacientes e familiares. Estudo de natureza mista, descritivo e transversal desenvolvido por meio da técnica snowball sampling. Constituíram a amostra desta pesquisa: profissionais da equipe interprofissional de UAVC tipo III brasileiras que concordaram em participar respondendo um questionário online composto por 36 questões entre questões fechadas, de múltipla escolha e abertas. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 22.0 para Windows. Os dados qualitativos foram avaliados pela análise de conteúdo. Dentre os resultados destaca-se que o perfil de profissionais em sua maioria era de: mulheres, médicas, especialistas, embora

a maioria não na área de AVC, com média de idade de 38 anos, média de formação de 11 anos, e tempo de atuação em UAVC de cerca de 2 anos. Os enfermeiros aparecem em todas das participações, seguido dos médicos e fisioterapeutas. Os profissionais da equipe consideram que as orientações e metas são parcialmente elaboradas de forma colaborativa e que na maioria das vezes as informações de um membro complementam as informações dos demais. As orientações são realizadas geralmente beira-leito, iniciando na admissão e na alta hospitalar e são baseadas em cartilhas elaboradas pelas próprias UAVC, na prática clínica e no manual de rotinas do Ministério da Saúde. Embora a maioria tenha sinalizado tempo para planejar a alta e orientar outros assinalaram pouco tempo, principalmente pela sobrecarga de trabalho, intensificada com a pandemia por COVID-19. A pandemia interferiu no processo de orientação devido á necessidade de atendimentos de pacientes de outras especialidades no setor e ao acesso restrito dos familiares durante o internamento; dificuldade de a elaboração e discussão de protocolos de orientação de alta hospitalar de forma compartilhada, tornando as orientações mais sucintas, objetivas, feitas por vídeo chamadas, contato telefônico e orientações escritas. Ainda, sobre o processo de desospitalização e alta hospitalar os participantes responderam que o consideram efetivo e que as orientações refletem positivamente na qualidade de vida, fazendo com se sintam realizados, motivados, porém preocupados em transmitir informações mais abrangentes. Dentre as fragilidades destacam que o processo envolve muitas informações que podem ser cansativas para os cuidadores e familiares com assimilação temporária da informação e dificuldades de comunicação entre a equipe. Em contraponto, outros participantes destacam como potencialidades opiniões

contrárias: que há criação de vínculo, que as orientações são formuladas de forma integrada, com planos terapêuticos singulares, que há um estímulo para o autocuidado, e as orientações são claras e de fácil compreensão.

CONCLUSIÓN

Embora os profissionais tenham uma percepção positiva sobre a importância e o processo de orientação durante a alta hospitalar fica evidente a necessidade de aprimorar as práticas colaborativas, as estratégias de abordagem e as condições de trabalho.

PALABRAS CLAVE

Alta hospitalar. Acidente Vascular Cerebral. Interprofissionalidade. Orientações. Percepção.

REFERENCIAS (APA)

ABRASHKIN, K. A.; CHO, Hyung J.; TORGALKAR, SOHITA; Markoff, Brian. Improving transitions of care from hospital to home: What works? *Mount Sinai Journal of Medicine*, v. 79, n. 5, p. 535–544, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL - ABRAFIN. AVC em meio à pandemia por COVID-19. E-book. 2020. Disponível em: <https://abrafin.org.br/wp-content/uploads/2020/06/avc-pandemia.pdf>

ALBERS, G. W.; et al. Transient Ischemic Attack — Proposal for a New Definition. TIA Working Group. 2002.

APARECIDA, R.; MARQUES, Sueli; KUSUMOTA, Luciana; SANTOS, Emanuella Barros dos; FHON, Jack Roberto da Silva, COELHO, Suzele Cristina; WEHBE, Fabrício. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 21, 2013.

ANDRÉ C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

ARRUDA, L. D. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração inter-profissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ). *Interface, Brasil**. v. 22, n. 64, p. 199–210, 2018.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr*, v. 49, n. 4, p. 145-152, 2000.

BHATIA, Rohit; SRIVASTAVA, Padma. COVID-19 and Stroke: Incidental, Triggered or Causative. *Ann Indian Acad Neurol*, v. 23, n. 3, 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE - BVS. Portaria n.º 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha

de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde cria linha de cuidados para tratar AVC. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46174-ministerio-da-saude-cria-linha-de-cuidados-para-tratar-avc>. Acesso em 10.05.2020].

BRASIL. Ministério Da Saúde. AVC: o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em: 5 mar., 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIH/SUS). 2018 - 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, e, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

PONENCIA 3

TÍTULO DE LA PONENCIA

Perfil y Tendencia de la Mortalidad por Neumonía en Ecuador entre los años: 1990 - 2018.

AUTORES

Mishell Aracely Palacios Torres

EMAIL DEL AUTOR

mishellpalaciostorres@hotmail.com

FILIACIÓN

Exalumna PUCE

INTRODUCCIÓN

La neumonía ha sido la causa etiológica de la mayor parte de las pandemias. En efecto, es la principal causa de muerte de las enfermedades transmisibles y se posesiona entre las cinco principales causas de muerte a nivel mundial. Tal es el caso, que la comunidad científica internacional tenía previsto que la mortalidad por neumonía aumente previo al SARS CoV 2.

OBJETIVO

Establecer el perfil epidemiológico de la mortalidad por neumonía en el Ecuador y su tendencia desde 1990 hasta el 2018. Lo que incluye determinar la distribución geográfica; caracterizar por ciclo vital y sexo; relacionar con las condiciones socioeconómicas, políticas, medioambientales y la disponibilidad de los servicios de salud pública.

METODOLOGÍA

El presente estudio es ecológico donde se utilizó un análisis clásico de series temporales, correlaciones, regresiones lineales simples y múltiples. Los datos utilizados fueron tomados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

RESULTADOS

El estudio demostró que la mortalidad por neumonía en el Ecuador tenía tendencia a aumentar después del 2018. A continuación, se representación:

En adición, tras factores macroambientales como fenómenos naturales la mortalidad por neumonía tiende a aumentar. Así como, es mayor en climas fríos a diferencia de climas cálidos. Por otro lado, la mortalidad por neumonía en 1990 era más común en lugares de limitado desarrollo económico o urbanístico y para el 2018 la mortalidad se concentró en las principales urbes. Asimismo, se asocia al desempleo, la inflación, la pobreza y la migración de hombres. Desde 1996 hasta el 2002 hay un infradiagnóstico y un subregistro de datos, a causa de una de las peores crisis politicoeconómicas del país. Desde el punto de vista social, hay mayor mortalidad en provincias con alta concentración indígena y analfabetismo.

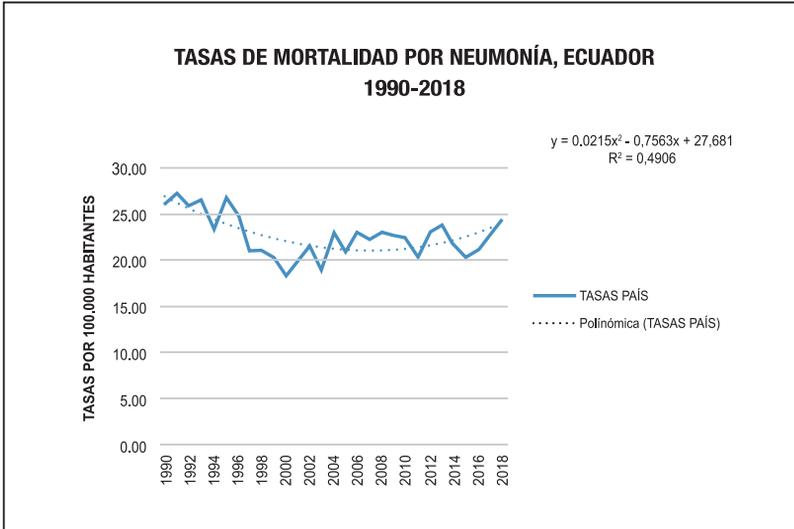


Gráfico 1. Línea de tendencia de la tasa de mortalidad por neumonía por cada 100000 habitantes del Ecuador desde 1990 hasta el 2018.

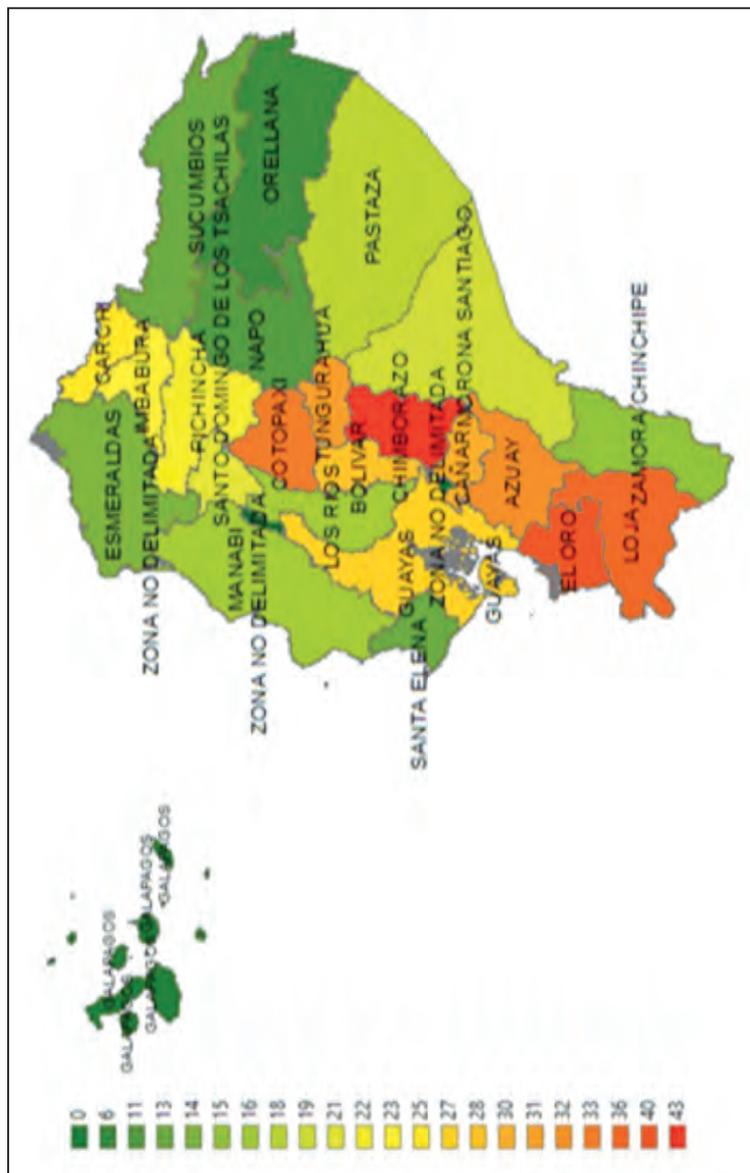
Elaboración propia

A razón de lo previamente presentado, el lugar geográfico con mayor mortalidad por neumonía desde 1990 hasta el 2018 es la sierra centro. A continuación, su representación:
Por último, la mortalidad fue mayor en hombres que en mujeres y en los extremos de la vida, niños menores a un año y adultos mayores a setenta y cinco años.

CONCLUSIONES

La mortalidad por neumonía es un verdadero problema de salud, su tendencia en el Ecuador previo al COVID iba en aumento; sin embargo, no se tomaron las precauciones debidas. El presente estudio se pudo haber utilizado como predictor para identificar los lugares y bajo que circunstancias, el COVID provocaría mayor mortalidad

Mapa 1. Tasas de mortalidad por neumonía por cada 100000 personas en el 2018.



Elaboración propia

en el país. Por último, las disparidades económicas y sociales afectan directamente a la población provocando una profunda brecha de salud.

PALABRAS CLAVE

Mortalidad por neumonía, perfil de mortalidad, tendencia de mortalidad, Ecuador

REFERENCIAS (APA)

Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU, (2021), Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), Massachusetts General Hospital, MedlinePlus. Recuperado el 13-01-2021 de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000723.htm>

Tesini, B., (2020), Pandemia de gripe H1N1 (gripe porcina), Manual MSD, USA, Recuperado 13-01-2021 de: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/infecciones/virus-respiratorios/pandemia-de-gripe-h1n1-gripe-porcina>

Institute for Health Metrics and Evaluation, (2020), University of Washington: Global Burden of Disease (GBD), Recuperado de: <http://www.healthdata.org/gbd/2019>

Ramirez, Julio A. (2020). "Overview of Community-Acquired Pneumonia in Adults", UpToDate, 1-40. Recuperado de: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=overview-of-community-acqui->

red-pneumonia%20adults&source=search_ result&selectedTitle=1~150&usage_ type=default&display_rank=1

Kollef, Marin H. (2020). “Clinical Presentation and Diagnostic Evaluation of Ventilator-Associated Pneumonia», UpToDate, 1-20. Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hospital-acquired-and-ventilator-associated-pneumonia-in-adults?search=ventilator%20associated%20pneumonia&source=search_ result&selectedTitle=1~92&usage_ type=default&display_rank=1

File, Thomas M. (2020). «Treatment of Community-Acquired Pneumonia in Adults Who Require Hospitalization», UpToDate, 1-38. Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-who-require-hospitalization?search=Treatment%20of%20Community-Acquired%20Pneumonia%20in%20Adults%20Who%20Require%20Hospitalization&source=search_ result&selectedTitle=1~150&usage_ type=default&display_rank=1

Boruchoff, Susan E, y Melvin P Weinstein. (2020) “Sputum Cultures for the Evaluation of Bacterial Pneumonia”, UpToDate, 1-13. Recuperado de: <https://www.uptodate.com/contents/sputum-cultures-for-the-evaluation-of-bacterial-pneumonia?search=Sputum%20Cultures%20for%20the%20Evaluation%20>

of%20Bacterial%20Pneumonia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Bartlett, John G. (2020). "Diagnostic Approach to Community-Acquired Pneumonia in Adults", UpToDate, 1-42. Recuperado de:

https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=Diagnostic%20Approach%20to%20Community-Acquired%20Pneumonia%20in%20Adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

File, Thomas M. (2020). "Epidemiology, Pathogenesis, and Microbiology of Community-Acquired Pneumonia in Adults", UpToDate, 1-46. Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-microbiology-of-community-acquired-pneumonia-inadults?search=Epidemiology,%20Pathogenesis,%20and%20Microbiology%20of%20Communityacquired%20Pneumonia%20in%20Adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-microbiology-of-community-acquired-pneumonia-inadults?search=Epidemiology,%20Pathogenesis,%20and%20Microbiology%20of%20Communityacquired%20Pneumonia%20in%20Adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Morabia, A., (2020), Pandemics and methodological developments in epidemiology history, *Journal of Clinical Epidemiology* 125 (2020), 164-169

Amin, R., Hatakeyama, Y., Kitawasa, T., et al., (2020), Capturing the trends in hospital standardized mortality ratios for pneumonia: a retrospective observational study in Japan (2010 to 2018), Amin et

al. Environmental Health and Preventive Medicine,
25:2

Tomasi, N., (2020), "HISTORIA DE LAS PANDEMIAS MUNDIALES Y LA ECONOMIA", Magatem, s. f., 37.

Llenque, M., Montenegro, A., Zeña, A., (2020), "EXPLICAMOS LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DE LAS EPIDEMIAS QUE AFECTARON AL SER HUMANO A LO LARGO DE LA HISTORIA", Beata Imelda, s. f., 4.

Huguet Pané, A., (2020), Amenazas de la humanidad, Historia National Geographic, Recuperado 15/12/2020: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178/1

CEPAL, CELADE (2019), Tendencias recientes de América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, Recuperado 26/12/2020 de: https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/dia_mundial_de_la_poblacion_2019.pdf

Rodriguez, G., Camacho, F., Umana, C., (2019), Relacion Epigenetica entre la desnutrición materna y la diabetes mellitus tipo 2, Revista Médica Sinergia. Vol. 4 Num. Recuperado 22-2-2021 de: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/278/625>

Jameson, J., Fauci, A., (2019) Harrison. Principios de Medicina Interna. Mc Graw Hill Castellano.

INEC, (2018), Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, 2018, Recuperado el 17-01-2021 de: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf

Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, (2018), Informe de cierre Brote estacional de Influenza 2017-2018, Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Marshall, D., Goodson, R., Xu, Y., (2018), Trends in mortality from pneumonia in the Europe union: a temporal analysis of the European detailed mortality database between 2001 and 2014, *Respiratory Research* 19:81

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), (2018), REGISTRO ESTADISTICO DE RECURSOS Y ACTIVIDADES DE SALUD 2018

Amorim, R., Nathan, A., Lundgren, F., (2018), 2018 recommendations for the management of community acquired pneumonia, *J Bras Pneumol.* 2018;44(5):405-423

Mendizabal, S., Noboa, S., Cueva, G., et al., (2017), Bioestadística, ISBN 978-9942-28-648-2

Organización Panamericana de la Salud, (2017), La salud en las Américas Resumen: panorama regional y perfiles de país, Publicación Científica No. 642

- Le Roux, D., Zar, H., (2017), Community-acquired pneumonia in children — a changing spectrum of disease, *Pediatr Radiol* 47:1392–1398
- Cecil, R., Goldman, L., Ausiello, D. and Schafer, A., (2017). *Cecil Tratado De Medicina Interna*. London: Elsevier Health Sciences Spain.
- Wu, J., Yang, S., Cao, Q., et al. (2017), Pneumonia Mortality in Children Aged <5 Years in 56 Countries: A Retrospective Analysis of Trends from 1960 to 2012, Oxford University; 1-8
- Ferraz, R., Oliveira-Friestino, J., Stolses, P., (2017), Pneumonia mortality trends in all Brazilian geographical regions between 1996 and 2012, *J Bras Pneumol*;43(4):274-279
- Mandell, G.L., Bennett, J.E., & Dolin, R. (2016). *Enfermedades infecciosas: Principios y práctica*. Saunders.
- Galicia, L., Grajeda, R., Lopez, D., (2016), Nutrition situation in Latin America and the Caribbean: current scenario, past trends, and data gaps, *Pan American Journal of Public Health*
- Sigüenza, T., Webster, E., Martínez, F., et al. (2016). Estudio Transversal: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños. *Revista Medica HJCA*, vol. 8, 25-29.
- Araceli Escobar-Rojas, Jonathan Castillo-Pedroza, Pablo Cruz-Hervert, Renata Báez-Saldaña. (ENERO

2015). Tendencias de morbilidad y mortalidad por neumonía en adultos mexicanos (1984-2010). *NEUMOL CIR TORAX*, 74, 4-12.

Buitrón, R., (2015), Herramientas para el análisis de datos en epidemiología.

Asociación Médica Mundial, (2015), DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS, Recuperado (15, 06, 2021) de: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Carreño, V., Noblecilla, H., (2015), DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA, ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO PARA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, MEDIANTE EXÁMENES CLÍNICO, LABORATORIAL E IMAGENOLÓGICO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES. HOSPITAL HOMERO CASTANIER. 2013 – 2014, UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Paz y Miño, C., López, A., *Genética Molecular y Citogenética Humana, Fundamentos, aplicaciones e investigaciones en Ecuador*, Instituto de investigaciones biomédicas, Ecuador.

Sogaard, M., Nielsen, R., Schonheyder, H., (2014), Nationwide trends in pneumonia hospitalization rates and mortality, Denmark 1997-2011, *Respiratory Medicine*; 108. 1214-1222

- Restrepo, M., Faverio, P., Anzueto, A., (2013), Long-term prognosis in community-acquired pneumonia, *Curr Opin Infect Dis*; 26(2): 151–158
- Ha Yoo, K., Guu Yoo, C., (2013), Economic Burden and Epidemiology of Pneumonia in Korean Adults Aged over 50 Years, *J Korean Med Sci*; 28: 888-895
- Grob, B., Oyarzun, M., Cavieres, I., Zargies, P., Bustamante, G., (2012), ¿Son las cenizas volcánicas un riesgo para la salud respiratoria? Revisión a propósito de la erupción del cordón del Caulle en junio de 2011, *Revista Chile Enfermedades Respiratorias*; 28: 294–302
- Organización Panamericana de la Salud, (2012), La salud en las Américas Panorama regional y perfiles de país, *Publicación Científica No. 636*
- Rosero, L., (2012). ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ECUADOR ALREDEDOR DEL AÑO 2010. LOJA: MIES-INGER.
- Grob, B., Oyarzún, M., Cavieres, I., (2012), ¿Son las cenizas volcánicas un riesgo para la salud respiratoria? Revisión a propósito de la erupción del cordón del Caulle en junio de 2011, *Rev Chil Enf Respir*; 28: 294-302
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2011), Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE), Segunda Edición Revisada.

- Pizarro, F., (2010), LA TEORÍA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA: RECURSOS DIDÁCTICOS, Enseñanza de las Ciencias Sociales, núm. 9, 2010, pp. 129-137.
- Oyarzun, M., (2009), Función Respiratoria en la senectud, Revista Médica Chile, 137: 411-418
- CEPAL, (2008), TRANSFORMACIONES DEMOGRÁFICAS Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, Trigesimo segundo periodo de sesiones de la CEPAL, 268.
- Organización Panamericana de la Salud, (2007), La salud en las Américas, Volumen I. Publicación Científica No. 622
- Organización Panamericana de la Salud, (2007), La salud en las Américas, Volumen II. Publicación Científica No. 622
- Nissen, M., (2007), Congenital and neonatal pneumonia, PAEDIATRIC RESPIRATORY REVIEWS, 8, 195-203
- Rafart, V., (2005), Síndrome respiratorio agudo grave (SARS), Anales de Pediatría, Asociación Española de Pediatría, Recuperado 13-01-2021 de: <https://www.analesdepediatria.org/es-sindrome-respiratorio-agudo-grave-sars--articulo-13074489>
- OMS, (2003), El brote de SARS ha sido contenido en todo el mundo, Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/es/>

Organización Panamericana de la Salud., (2002), Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades: control de enfermedades en la población., Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud, (2002), La salud en las Américas, Volumen II. Publicación Científica No. 587

Organización Panamericana de la Salud, (2002), La salud en las Américas, Volumen I. Publicación Científica No. 587.

Gómez, A., (2001) La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 2, pg 57-74.

Cordero del Campillo, M., (2001), Las grandes epidemias en américa colonial, Archivos de Zootecnia, vol. 50, núm. 192, pp. 597-612.

Organización Panamericana de la Salud, (1998), La salud en las Américas, Volumen I. Publicación Científica No. 569.

Organización Panamericana de la Salud, (1998), La salud en las Américas, Volumen II. Publicación Científica No. 569.

Guerra, F., (1998) Origen de las epidemias en la conquista de América, Quinto centenario, num. 14, pg. 43-51.

Frenk, J., Lozano, R., Bobadilla, J., (1994), La transición epidemiológica en América Latina, Notas de Población No.60, p. 79-101 Recuperado 21/12/2020 de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12808>.

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., (1991), La transición epidemiológica en América Latina, Bol Of Sanit Panam 111, (6), 485-496 Recuperado 21/12/2020 de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16560>

Organización Panamericana de la Salud, (1990), Las condiciones de salud en las Américas, Publicación Científica, Volumen II, No. 524, Pg. 129-139

McKeown, T., (1989), En camino hacia la salud. Prioridades en investigación, Bol of Saint Panam 107 (3), Recuperado el 13-01-2021 de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17690/v107n3p264.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud, (1986), Las condiciones de salud en las Américas 1981-1984, Volumen I, Publicación Científica No. 500

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

P: La primera pregunta es ¿por qué consideran que este hallazgo fue mayor en mujeres?

R: El mayor grupo estudiado fueron las mujeres, puede ser esa la primera respuesta, entonces creo que eso también muestra un poco el interés por hablar por estas temáticas, ahora, creo que también es importante analizar la construcción social del género, de qué manera los cuidados recaen sobre las mujeres, ya que la encuesta del uso del tiempo nos dice que las mujeres dedicamos de tres veces o más que los hombres a actividades dentro del hogar, entonces creo que esto únicamente se exagera en la pandemia. No podemos leer todo y conceptualizar todo en función de la pandemia, sino que la pandemia exacerbó las inseguridades sociales, la pandemia nos arroja a la cara lo que ya sabíamos, el tema del trabajo y el trabajo por cuenta propia eso no es nuevo, por lo que las mujeres tenemos menor acceso a la Seguridad Social y el no tener un trabajo formal o en relación de dependencia exagera la característica, lo que la hace entrar en desventaja.

Así es la pandemia y la sindemia, nos puso el dedo en la llaga por las presas de desigualdad que marcan esa brecha tan grande de desigualdad social

P: Otra pregunta es ¿cómo se encuentra al momento la reactivación económica en los Estados Unidos?

R: Importancia de la vacunación para que la economía se reactive, la importancia de las políticas públicas y sobre todo con la relación de trabajo y vacunación ha sido uno de los principales puntos para reactivar la economía en los Estados Unidos.

P: ¿la calidad de la alimentación en los niños de Pastaza antes de la pandemia era igual que en la pandemia?

R: Nos refirieron que, si hay una diferencia en calidad de la alimentación, tenemos que la provincia de Pastaza es una de las provincias con uno de los mayores índices de malnutrición lo cual es muy preocupante, necesitamos conocer realmente que antes de la pandemia había muchos niños con desnutrición y la pandemia sólo agravó estos problemas, con problemas económicos familiares y entonces es importante conocer que si en este momento se mantienen estas cifras puede ser devastador.

P: ¿qué se considera como trabajo de cuenta propia?

R: El trabajo de cuenta propia básicamente la diferencia es que, no es asegurada, que no tiene acceso a la Seguridad Social, a veces se considera como trabajo informal

P: ¿Cómo usted como docente promueve la motivación entre sus estudiantes tomando en cuenta el impacto negativo que tiene la pandemia sobre sus estudiantes?

R: A mi colega Patricio muchas gracias magnífico, digo el primer hito la presencia, unidad, sí lo primero que yo hago y

siempre ha sido mi situación de vida la motivación positiva. Motivo mucho a mis estudiantes y pese a que estamos en la virtualidad yo comparto con los estudiantes 10 minutos antes que ya prendo la pantalla y con los primeros que ya aparecen yo ya converso con ellos ¿cómo estás? ¿cómo está tu familia? ¿cómo te has portado? bien porque es mi palabra bien y converso trató de mantener un clima siempre ameno de alegría de buen humor y de energía positiva, justamente hoy en la mañana oíamos esa presentación del suicidio de los estudiantes y de los profesores. Gracias a Dios tengo esa suerte de ser tutor los estudiantes que tienen problemas, así es como los que tienen problemas y la motivación positiva siempre les mando a que haga cosas buenas y lo que dice mi colega, lo primerito es, escriba, , hacer un cuento y luego a dibujar, luego hacer un drama, la música es algo pero maravilloso, sí mire que los que he tenido tutoría siempre me dicen Patito mándenlos escuchar pasillos, miren ahí está y yo en cambio siempre digo, esa novela sólo le gusta Alexis Rivas, así es en serio la felicidad.

No es cierto como psicólogo que soy así esa fue mi primera profesión, conozco los auxilios psicológicos, yo tengo siempre los primeros niveles, es cierto que motivarlos siempre positivamente es una cosa muy maravillosa.

Ayudar a los provincianos es maravilloso, porque yo soy provincial gracias a Dios me bendijo y no soy quiteño, entonces los provincianos sufrimos al venir acá Quito a los que tienen problemas con las familias, problemas de amor sobre todo en estos momentos, Dios mío de problemas del amor del amor y claro los mecanismos de defensa que siempre se ponen ellos, hay que buscar la ayuda hay que ver esa situación apoyarles

completos y siempre motivarles, que linda pregunta que me hace yo lo primero todo lo positivo.

P: Gracias por tu respuesta tenemos otras preguntas que son más vinculadas a la exposición que hice, las reflexiones sobre el efecto de la pandemia en el mundo vivido por los estudiantes, ha trabajado cambios de su disposición con futuros médicos qué trabajos son del segundo semestre, en cuántos de tus hábitos para narrar sentimientos, bueno esto todo tiene que ver con un cambio paradigmático de lo que es justamente la enseñanza en Medicina. Se debería entender a los estudiantes justamente en esa búsqueda del ser que propone Michael Jackson y el cambio paradigmático en el proceso de enseñanza aprendizaje en Medicina. Solamente Medicina en todos los ámbitos académicos que hacemos en la Universidad es precisamente ir dejando todavía espacios, que tenemos muy metido del siglo 19 que tienen que ver sobre todo con la memoria, la educación memorística e ir hacia la educación de la creatividad y ahí concuerdo mucho compartió la escritura, el dibujo, bien esa belleza de dibujos que hacen estudiantes de Medicina.

R: Entonces estamos rompiendo la idea de que el médico únicamente tiene que estar 12 horas 14 horas 16 horas estudiando, quemándose las pestañas memorizando y memorizando, cosas que se olvidan en Neurociencias, de hecho, en Neurología se trata de entender la mente que nos hace humanos.

El pensamiento crítico, una reflexión crítica que les va a ayudar a entender espacios como el que estamos viviendo,

lo que dice Jackson como seres humanos, nos enfrentamos a cosas tan fuertes como la muerte, como justamente estos espacios conflictivos por ejemplo la pandemia. Construir desde una metodología más cualitativa no gráfica, lo que se trata en este espacio de creatividad o de expresión del ser, es que puedan expresar algo que tenemos muy escondido en nuestra mente y que realmente está muy castrado por una educación muy muy muy militar que tenemos de la escuela – colegio. Eso es lo que tenemos que romper en la Universidad y ese es la misión que tenemos como profesores, como docentes, no que la creatividad vuelva a ser la forma, sobre todo aprender y este aprendizaje se ha expresado, lo que les digo a mis estudiantes de segundo nivel, y con eso termino, lo que tienen en su mente puede ser abstraído en algún recurso, una carta, en un dibujo, eso es lo que les va, a veces a sanar. Insisto los médicos no sólo deben aprender a curar deben aprender a sanar y en esto trabajamos bastante.

No sé si hay otras preguntas Mónica porque no puedo ver todas.

P: Sí hay otras preguntas, para la doctora Cassaniga, en aquellos profesores que no se contagiaron ¿cuál cree que fue el principal factor protector?

R: os somente as os aniversários para participarem da minha pesquisa estudei ok.

P: Gracias, otra pregunta para el Dr. Patricio ¿Usted como docente han tomado en cuenta el tema de la ansiedad en su plan de estudios?

R: Dr. a ver así es completamente, así fue hemos visto que uno de los graves problemas que presentan los estudiantes fue la ansiedad, que eso siempre estuvo dado con la angustia y la preocupación, el miedo y el temor, sí así es, tenemos mucho que hacer, que investigar, este es solamente el inicio, porque hay muchas cosas para las cuales nuestros estudiantes no fueron preparados, generó la ansiedad, esto es lo que tengo que trabajar. Muchas gracias.

P: Y la última pregunta, ¿cómo podría impulsar a los estudiantes a tomar este hábito de trabajar sus sentimientos en la formación académica y de investigación?

R: Lastimosamente a nosotros no nos enseñan mucho a escribir, somos a veces mucho más orales, la escritura y saber escribir es una de las cosas fundamentales o sea lo que digo los sentimientos más traer lo que tenemos en la mente hacia la escritura es uno de los puntales fundamentales, para escribir por ejemplo, científico y cuándo comienza y estoy de acuerdo con los primeros niveles es donde comienza justamente a querer escribir, expresar y eso les va a servir mucho a futuro sobre todo en las tesis, yo tengo tesisistas ahora que están escribiendo súper bien porque justamente lo que lograron estos, son expresar los sentimientos de forma periódica, entonces no existe una división aunque la creatividad, lo sentimental, la forma de expresar, con lo académico

P: hay una pregunta más ¿cómo fue el apoyo médico para las comunidades indígenas de la Amazonía brasilera?

Hola buenas tardes con gusto estoy aquí yo traduzco

R: Então respondendo à pergunta houve o incentivo do Ministério da saúde FF onde durante saúde federal inicial de saúde a cesárea onde durante a pandemia houve unidade de atenção primária aos indígenas que fazer mensal AP então a partir dessa lá que eles consigam é além de ajuda financeira ajuda também com a questão da vacinação enviando médicos eles também boa tarde não é já que para populações indígenas isso não é de tão fácil acesso com uma população urbana a gente pode se dizer então foi mais pela criação dessa unidade definição primária aos e como esse cadastramento do Brasil contato comigo eles conseguiram foi ao serviço de atendimento a essa população né que é um pouco mais Brasil não sei se consegui responder a pergunta.

Hizo referencia a unidades de atención primaria creadas a propósito de la pandemia Brasil a cargo del Ministerio de salud a partir de estas unidades recibieron apoyo financiero para vacunas y equipos esto en el marco de un programa llamado Brasil Cuenta Conmigo.

P: Muchas gracias la participación, vamos a proceder a las preguntas, tenemos aquí una pregunta ¿Se podría explicar en qué consiste la escala de Pittsburgh?

R: Rápido é um questionário validado e auto aplicado em sua própria pessoa responde né o questionário ele consiste em 19 questões que vão avaliar o sono a qualidade do sono do último mês então são perguntas como que horas habitualmente você acordou entre outras questões né em diferentes domínios que avaliam a qualidade do sono que eu não não saberia dizer agora é de cabeça mas essas respostas elas vão pontuando é

são os cortes que são somados ao final então quanto mais alto o escore pior a qualidade do da qualidade do sono daquele indivíduo na resposta é considerando né o último mês que foi avaliado muito grave torna Brasil

LECCIONES APRENDIDAS-CIERRE

MÓNICA VALLE: A continuación, vamos a hacer el cierre de este eje, el cual pues ha habido construcciones realmente muy importantes en cuanto al impacto que hemos tenido en esta situación tan excepcional que nos tocó vivir respecto a la infección por COVID 19 considerada una pandemia y como Patricio Trujillo mencionaba es realmente una sindemia, voy a tratar de resumir lo más relevante de las exposiciones realizadas y tratare pues, en algunas de ellas de hacer algún tipo de análisis.

En la primera mesa los expositores hicieron referencia al impacto social que tuvo la COVID-19.

Tuvimos la presentación a través de vídeo de la doctora Anita Peña, quien nos habló de la solidaridad comunitaria que se pudo observar en uno de los municipios chilenos, en los cuales el confinamiento realmente expuso a las mujeres en una situación de cuidado de esas comunidades y en donde estas plataformas de cuidados con grupos de apoyo lograron de alguna manera mejorar por un lado el aislamiento social, porque no se realizó un aislamiento familiar o individual sino fue un aislamiento territorial que permitió limitar por un lado el contagio de estas comunidades y por otro lado compartir los saberes ancestrales heredados de mujer a mujer a través de los cuales se pudo dar apoyo o manejo en los aspectos emocionales, de la salud sexual y reproductiva,

en cuidado de enfermedades crónicas y lo cual permitió solventar el descuido por decirlo de alguna manera, de la institución gubernamental que tenía que atender otro tipo de emergencias.

En la exposición que nos hace la doctora Hightower, comparte con nosotros el impacto que tuvo el COVID-19 en los Estados Unidos desde una mirada de la antropología médica en donde evidentemente pues nos hace referencia al impacto social, cultural, político y económico, evidenciándose mecanismos de confrontación a la nueva realidad a través del consumo de sustancias ilícitas, de la violencia interpersonal, aparición de los síntomas de depresión y ansiedad que fueron agravadas por la difusión de la desinformación a través de los medios de comunicación, me parece que todos estos días hemos sido víctimas a nivel mundial de éstas estas mismas realidades, estos mismos impactos, otra de las preocupaciones acerca de los estresores presentes, fue la inseguridad alimentaria, el aumento del desempleo y la imposibilidad de poder despedir a sus muertos. También para esta época aflora de una manera realmente muy franca el racismo que la doctora lo menciona como eugenésico es decir haciendo referencia a este constructo y cuanto a la sobrevivencia de la población que mejor genéticamente está determinada lo cual impactó realmente en la propagación del virus ya que esta ideación de superioridad genética racial, así que los que verdaderamente estuviesen genéticamente mejor capacitados podrían sobrevivir y por lo tanto hicieron caso omiso a las medidas de bioseguridad, también nos habla como las políticas públicas afecta especialmente a los grupos que se encuentran asilados y a los migrantes y hay un real desencuentro con lo que es la salud pública.

En la participación de Jenny Luna nos comparte una realidad local de la provincia de Pastaza en donde el 85% de niños se ven afectados con el confinamiento y la llegada pues de todas estas medidas decretadas a nivel del país a propósito de la pandemia, en donde estos niños en el 85% se encuentran alimentados bajo la responsabilidad de sus madres con dietas completamente inadecuadas, bajas en proteínas, legumbres, frutas, cifras que debería pues alertarnos sobre las implicaciones negativas que van a tener para el desarrollo futuro de este grupo de niños.

Finalmente en la participación en esta mesa Ana Lucía Torres nos da un análisis preliminar de los impactos psicosociales de la pandemia es un estudio que se está realizando a nivel de varios países con métodos mixtos en los cuales de evidencia algunos aspectos en los cuales toma en consideración de acuerdo a la época de la aplicación de las encuestas, de tal manera que cuando las encuestas para mirar estos impactos psicosociales se lo hace al inicio de la pandemia se notan muchos síntomas de ansiedad, depresión, de desespero, de incertidumbre, pero cuando las encuestas se van aplicando posteriormente pues ya se va viendo cambios en la en la percepción o impactos psicosociales de estos grupos encuestados.

En cuanto a los aportes dados en la mesa 2 en la que se trató sobre los impactos en los profesionales de salud y estudiantes universitarios, en la participación del doctor Patricio Moncayo y Mirian Álvarez nos narran cómo los estudiantes del área de salud se ven confrontados a asumir responsabilidades en el entorno familiar con respecto al cuidado de la salud para lo cual todavía ellos no están preparados percibiéndose

un verdadero reto para ellos y nos comparte como los mecanismos adaptativos que los estudiantes permitieron llegar a una concientización de la importancia que tiene la práctica humanizada este grupo, las diferentes reacciones emocionales que se logró identificar es la sensación de impotencia, de angustia, de preocupación, de incertidumbre, que se comparten en muchos de los estudios que hemos nosotros tenido oportunidad de escuchar durante todas estas jornadas, yo creo que estos sentimientos, estas percepciones, estas preocupaciones han sido generalizadas en todas las latitudes. Aparecen desafíos en cuanto al conocimiento académico por parte de los estudiantes y la manifestación de estos para tener un mejor apoyo por parte de la unidad de información que ellos tienen a través de la Universidad.

Natalia Pereira nos comparte un estudio acerca de la participación de los profesionales de la salud un Municipio de la Sierra Catarina en Brasil en donde se relata el perfil que tuvieron los profesionales de la salud que confrontaron la emergencia sanitaria en donde evidentemente pues como nos ocurrió a nosotros también y a todos los países, el equipo de salud se encontraba baja horas extendidas de trabajo sometidos a mucho estrés y con decadencia inclusive ya de los insumos médicos, frente a esto se genera un proyecto en Brasil llamado Brazil Cuenta Conmigo y esto permite hacer una convocatoria para incrementar el personal de salud para justamente apoyar a la contingencia en la enfermedad y la conclusión fue que quienes más acudieron fueron médicos y enfermeros, seguido por los odontólogos cuyas edades estaban comprendidas entre los 30 y 49 años de edad y la mayor parte de ellos correspondían en realidad a la red pública.

En el trabajo intitulado síntomas de COVID-19 asociados en académicos universitarios de Santa Catalina en donde estudiaron a 125 participantes evidenció que los síntomas para aquellos grupos o aquellos individuos que participaron en el estudio y que fueron contagiados, los síntomas más frecuentes fueron la cefalea, la hipogeusia y la fiebre, en tanto que las secuelas que manifestaron con mayor frecuencia fue el cansancio, la pérdida de la memoria y los dolores musculares. Es importante identificar y valorar d las consecuencias a largo plazo en estos grupos porque conocemos que tenemos implicaciones a largo plazo que va a disminuir la calidad de vida de los pacientes.

Andrea Pereira nos habla de los estilos de vida de los profesores de educación física que se encontraba en un rango de edad entre los 33 y 45 años, tuvieron 124 participantes, de los cuales se identificó que el 83.8% no adquirió la enfermedad, el grupo que adquirió la enfermedad tuvo una asociación importante con actividades sociales mantenidas a pesar del confinamiento.

Finalmente el doctor Patricio Trujillo nos comparte su investigación de cómo explicar el impacto del encierro en la salud mental de los estudiantes desde una perspectiva sindémica, hace la lectura desde el concepto de realidad dado por el autor Michael Jackson, básicamente este concepto involucra 3 componentes , el uno que es desde lo teórico conceptual que Patricio Trujillo lo relaciona más bien con lo racional, desde la comprensión del mundo que nos rodea y desde una perspectiva de entender el ser, este último aspecto es en el cual el profesor Trujillo se enfoca y al igual que el doctor Patricio Moncayo comparten el hecho del poder de

expresar los sentimientos, el poder expresar la cosmovisión de cada uno de nosotros a través de la escritura o a través del arte, de escuchar música, del dibujar y nos enseñaba unos dibujos fabulosos de sus estudiantes y como estos procedimientos permiten que realmente se conviertan en un método curativo, la verdad es que a través de del arte no solamente se enseña o no solamente debería enseñarse a los estudiantes a diagnosticar e intervenir en esos procesos de salud y enfermedad sino realmente a buscar la cura.

Finalmente en la mesa 3 en la cual se habla sobre el impacto de la COVID más bien en el campo clínico y Johana Valdizán nos participó sobre el efecto de la rehabilitación cardíaca en la calidad del sueño de los pacientes y en las cuales se somete a su grupo de participantes a una a ejercicios físicos que consistía en kinesioterapia y ejercicios aerobios en donde finalmente se logra evidenciar que el ejercicio físico en efecto produce una mejora en la calidad del sueño y por lo tanto en la mejora de la calidad de vida de los pacientes disminuyendo así la fatiga y los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad.

Fernanda Sever nos compartió la percepción del equipo interprofesional de unidades especializadas en el tratamiento del accidente cerebrovascular sabiendo que es la segunda causa de muerte a nivel mundial y la principal causa de imposibilidad o de limitación física en la población, habló sobre la importancia que tiene del abordaje colaborativo en el equipo multidisciplinario con el que tiene que ser atendido estos grupos de enfermos en los cuales pues tenemos la participación de neurólogos, neurocirujanos, enfermeros, fisioterapeutas, nutricionistas y por lo tanto, en la percepción

que tiene este grupo interdisciplinar en el manejo de estos pacientes hay la coincidencia que es importantísimo que tenga una cohesión grupal de trabajo para poder dar las instrucciones y el manejo adecuado a estos pacientes de tal manera que disminuyan por un lado el tiempo de hospitalización y por otro sus reingresos.

Finalmente, Michel Palacios nos habla sobre el perfil y las tendencias de la mortalidad por neumonía en el Ecuador un estudio realizado entre la época de 1900 del 2018 en donde nos indica que la presentación de la neumonía y por ende la tendencia a la mortalidad tiene factores múltiples en los cuales resalta la distribución geográfica en el país, las condiciones ambientales, las condiciones económicas. También nos menciona y de hecho visualizamos un gráfico en el cual se evidencia una disminución en la incidencia de las neumonías en el período presidencial de Correa, que claro si no sabemos antecedentes históricos del país podríamos hacer malas interpretaciones, en la cual la expositora nos dice que en realidad no es que hubo una disminución de la infección por neumonía sino que corresponde, justamente por las cuestiones políticas, a un sub registro de esta enfermedad, estos aspectos son muy importantes a tomar en cuenta porque que si nosotros nos basáramos en la salud pública de estos factores predictores de las enfermedades realmente nos ayudarían a tomar medidas preventivas para bajar la mortalidad en el caso del COVID-19 por neumonías.

Espero no haber omitido aspectos de mucha relevancia en esta valiosa exposición y quiero compartir con ustedes una frase de Margaret Smmit, ella habla siempre hay 3 partes en el recuerdo una es la tuya, la otra es la de las demás y la

tercera es la verdad que está en algún sitio en medio de las otras 2.

Con esto doy por finalizadas estas Jornadas sin antes agradecer mucho primero al equipo organizador y luego a los panelistas y a los participantes el habernos acompañado en estas jornadas, realmente hemos tenido unas jornadas muy enriquecedoras en donde se han expuesto aspectos muy importantes del ser humano mirado desde una perspectiva holística en donde vemos que no solamente lo biológico sino lo psicológico y lo social, lo emocional y lo espiritual juega un rol muy importante en la salud de todos nosotros. Muchísimas gracias voy a dar paso al doctor Alexis Rivas para que haga el cierre de las jornadas.

PALABRAS EN EL MURO
(EN ESTE ESPACIO SE COLOCARÁN LAS FRASES Y
AUTORES (DIFERENTES PONENCIAS) QUE SE PUBLICARON
EN LAS REDES SOCIALES)

EJE 1:
EDUCACIÓN MÉDICA Y EDUCACIÓN EN SALUD

La educación sexual integral como una problemática en la educación en salud: “demasiados jóvenes reciben información confusa y contradictoria sobre las relaciones y el sexo a medida que hacen la transición de la niñez a la edad adulta” (Fernando Avedaño).

Revisão bibliográfica referente à relação entre o suicídio juvenil e a universidade: “sin individuo cede al menor impacto de circunstancias, es porque el estado en que la sociedad se encuentra le hace una víctima hecha a medida para el suicidio” (Paloma Borges Pietro).

Análisis Socio-Académico del Ingreso de los Médicos a un Postgrado en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.: “un factor clave determinante es presentar programas de investigación en la carpeta de los egresados, lo que posibilita tener oportunidades de posgrado en el campo de la medicina” (Dr. Alejandro Rodas).

Caraterização do manejo de resíduos gerados em domicílio por diabéticos insulino-dependentes do Sistema Único de Saúde: “la acción en salud con el cuidado de la salud en Brasil, históricamente, sigue el perfil epidemiológico de las enfermedades, siendo el orden crónico las de mayor incidencia, entre las que se destaca la diabetes mellitus” (Msc. Margarete Verónica Jesse dos Santos).

EJE 2: NARRATIVAS Y EXPERIENCIAS EN SALUD ENFERMEDAD

Políticas públicas en salud y conflicto. Análisis de la propuesta de construcción de un modelo de salud propio e intercultural en el municipio de Toribio – Cauca: “las realidades son diversas y que en muchos casos no son evidenciadas por los responsables en la toma de decisiones proponiendo la creación del Observatorio de salud en el departamento del Cauca” (Cesar Zuñiga).

Lecciones aprendidas en el período de confinamiento por la COVID 19 enfocados en el cuádruple rol de una mujer médico, paciente, madre cuidadora, docente: “la pandemia del COVID-19 trae consigo consecuencias en aspectos emocionales, psicológicos, sociales y económicos además demostró la realidad del sistema de salud del país” (Mónica Valle).

Experiencias de profesionales de la salud bajo presión en situaciones de vida o muerte: “esta metodología sustentó el desarrollo de modelos conceptuales nuevos y más significativos para la comprensión de los fenómenos y proporcionó una base sólida para el desarrollo de intervenciones efectivas y culturalmente apropiadas que pudieran ponerse a prueba” (Alicia Zavala).

Mujeres mayores saludables y sus prácticas de cuidado en salud recíprocas en sus comunidades: una estrategia de sobrevivencia al sistema: “las mujeres mayores reciben y comparten actos de cuidado o saberes, recursos económicos, provisión logística y afecto” (Alondra Castillo).

EJE 3: SALUD MENTAL

Una aproximación etnográfica a las lógicas de (re)producción del campo de la salud mental en Córdoba (Argentina): “los diagnósticos médicos funcionaban como reveladores del sistema social, más que del individuo, y de cómo la sociedad históricamente ha reaccionado frente a los comportamientos “no convencionales”.” (Antonella Gallego)

Atención psiquiátrica enfocada en atención primaria de salud: “en el Ecuador, el modelo de salud mental comunitaria está integrado en los servicios de APS desde hace una década y los servicios de AP de salud mental no cuenta con profesionales suficientes” (Alejandra Aguirre).

Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la depresión en estudiantes de la facultad de medicina de la pontificia universidad católica del ecuador. Un estudio cualitativo. Quito, 2019: “en culturas orientales el diagnóstico de depresión es moralmente inaceptable y además una experiencia sin sentido” (María José Vergara).

Proyecto Te queremos vivo “Ayúdame a sanar”: “debía pasar por eso para evitar que otros lo pasen, tenía la experiencia más cruda, que quizá aún me atrevo a contar, pero eso fue lo que debía vivir para evitar que otros lo vivan” (Daniela Castillo)

EJE 4: ETNOGRAFÍAS DE LA SALUD, LA ENFERMEDAD, LA ATENCIÓN Y EL CUIDADO

La salud de los indígenas Embera Chamí del municipio de Pueblo Rico (Risaralda, Colombia): “La formación de la comunidad es prioritaria y se deben utilizar metodologías apropiadas en el caso de Pueblo Rico el aprendizaje debe ser de tipo experiencial” (Martha Milena Bautista Gómez).

Reflexiones sobre salud, enfermedad y cuidado a partir de la ruta de la salud indígena amazónica: “Es necesario promover cambios estructurales en los sistemas y redes de salud para reducir el impacto de la COVID-19 en las vidas de poblaciones indígenas de la Amazonía de Brasil Ecuador y Perú” (Catalina Campo Imbaquingo).

Etnografías de violencia sistémica para evidenciar su excepcionalidad: “la violencia es sistémica porque esta situación de cohesión social mediante relaciones interpersonales violentas afecta a todo el sistema sociocultural” (Ana M. Martínez Pérez).

Adaptación sociocultural del índice de Barthel modificado: estudio etnográfico para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de toacaso - provincia de Cotopaxi. 2019 – 2020: “la dinámica sociocultural en población adulta mayor que vive en zonas rurales es diferente

a la de sus pares urbanos y la IBMae facilita la comunicación entre los sujetos involucrados” (Kuripacha Alcamari Tituaña Vega).

Perfil sociodemográfico e índice de masa corporal de individuos con síndrome metabólica: “el síndrome metabólico es una enfermedad crónica compleja asociado con factores de riesgo cardiovascular como un elevado número de muertes. Se considera un problema de salud pública mundial.” (Gislaine de Carvalho Tramontin).

EJE 5: COVID-19

The impact of COVID-19 in USA: A perspective from medical anthropology: “la pandemia ocasionó un aumento en la depresión y pensamientos suicidas, aproximadamente, 1/3 de la población informó haber experimentado síntomas de depresión clínica y ansiedad.” (Renady Hihgtower).

Charla magistral: Avances investigación sobre impacto social del COVID 19: “Padecer o haber padecido COVID-19, tener alguna enfermedad crónica, y un mayor número de síntomas depresivos se asociaron significativamente con una peor salud auto percibida” (Ana Lucia Torres).

COVID-19 e sintomas associados em acadêmicos de uma universidade do Planalto Serrano Catarinense, Santa Catarina, Brasil: “hasta el momento, el estudio ha mostrado datos preocupantes en cuanto al porcentaje de ocurrencia de COVID-19 entre estudiantes universitarios, además de demostrar el desencadenamiento. De varias secuelas en los participantes después de la infección” (Natalia Agostinetto).

Efeito da reabilitação cardíaca na qualidade do sono de pacientes pós COVID-19: “diez participantes comenzaron el estudio, todos casados y con título universitario, con una edad máxima de 64 años y mínima de 40 años, solo 5 individuos terminaron con más del 75% de intervención del tratamiento post COVID-19.” (Joana Ribeiro Barbisan).

edi
PUCE