

DIRECTORA

Dra. Carmen Burgos Videla
IICSE / Universidad de Atacama

REVISORES INTERNACIONALES

Dra. Rita Angulo

Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, México.

Dr. Florencio Vicente Castro

Universidad de Extremadura. España.

Dr. Roberto López

Universidad de Zulia. Venezuela

Dr. Cesar Bernal

Universidad Rey Juan Carlos. España.

Dr. Mario Magallón

Centro de Investigaciones para América Latina y el Caribe (CIALC) México

Dra. Caroline Cunill.

Maître de conférences. Le Mans Université. Francia

Dr. Miguel Gallegos

Vicepresidente de América del Sur Sociedad interamericana de Psicología. Argentina.

Dra. Daliana Vargas

Universidad de Costa Rica.

Dra. Roxana Flammini.

Instituto de Investigaciones. Universidad Asociada. Argentina

Dra. Paula Valencia.

Universidad de Medellín. Colombia

REVISORES NACIONALES

Dra. Orietta Geeragat

Universidad de La Frontera, Chile.

Dra. Carolina Acevedo

Ciencias Políticas. Universidad Católica de Temuco, Chile.

Dr. Rolando Pinto

Experto en temas educativos y corriente crítica.

Dra. Paulina Martínez

Lineas. Educación Superior, gestión escolar. Universidad de Concepción

Dr. Juan Matos

Universidad Autónoma de Chile

COMITÉ EDITORIAL

Editor General

Carmen Burgos V./ Ediciones Propulsión

Editor de sección Arturo Vilchis Randon

Diseño

Ramiro Cortez Contreras

Artista invitada:

Camila Rivera González

©Todos los artículos publicados pertenecen a sus autores

© **REVISTA PROPULSIÓN**

Año 2022, 1ª Semestre enero -junio

ISSN: 977 2452 5758 0

Identificación: La revista Propulsion no se hace responsable del contenido de los artículos publicados en este número, cada autor es responsable de su enfoque ideológico, solo compartimos y difundimos con el público lector el conocimiento académico que recientemente se está generando a nivel nacional e internacional.



EDITORIAL

Discurso de odio, segregación, violencia en medios de comunicación y espacios formativos	5
Arturo Vilchis Cedillo.	

ARTÍCULOS ACADÉMICOS

Contra del odio, la intolerancia y la segregación: diversidad e interculturalidad en la educación ciudadana del nuevo Chile Against hatred, intolerance and segregation: diversity and interculturality in citizenship education in the new Chile.....	8
Andrés Parada Olivares Dr. Pedro Rodríguez Rojas	
Movimientos sociales en América Latina y la idea de progreso Social movements in Latin America and their idea of progress	23
Carlos Fernandez Jopia	
Sembrar la reproducción de la vida en una comunidad tojolabal Sow the reproduction of life in a Tojolabal community.....	35
Renata Báez Romero	
Conductas de autocuidado y actitudes machistas en adultos Self-care behaviors and macho attitudes in adults.....	50
José Angel Moreno Jabalera DRA. Laura Fernanda Barrera Hernández	
Educación rural en América Latina. Entre lo comunitario y popular Rural Education in Latin America. Between community and popular	65
Celso Javier Castrejón Amaya	
Percepción de igualdad de género en la formación de universitarios del área de la salud Perception of gender equality in the training of university students in the health area. 78	
Dr. Víctor Alexander Quintana López Dra. Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz Dra, Karina de Jesús Díaz López Dra. María Esther Mejía León	

Uso problemático de la tecnología, motivación y rendimiento académico en escolares
Problematic use of technology, motivation and academic performance in schoolchildren 92
Tania Lizbeth Gutiérrez Iugo
Dra. Mirsha Alicia Sotelo Castillo
Dra. Dora Yolanda Ramos Estrada

Visiones confrontadas del mundo. El caso de Chacsinkín, Yucatán pobreza alimentaria y
exclusión social.
Confronted visions of the world. the case of Chacsinkín, Yucatán food poverty and social
exclusión. 107
Dr. Rubén Torres Martínez
Fabiola de la Luz Lara Farfán

Movimiento corporal y aprendizaje del inglés: Significados afectivos de los infantes
Body movement and English language learning: Children's affective meanings 123
Dra. Yasna Yilorm Barrientos
Dra. Elizabeth Martínez Palma.
Belén Silva Domínguez
Natalia Alarcón Alarcón

RESEÑA DE LIBROS

LUCKS, Daniel S.
Reconsidering Reagan Racism, Republicans and the Road to Trump 141
Dr. José Antonio Abreu Colombri

DIFUSIÓN CULTURAL

Artista Invitada 146
Camila Rivera González

Discurso de odio, segregación, violencia en medios de comunicación y espacios formativos

Al hablar de la propulsión humana, generalmente en el imaginario se concibe a la fuerza física que un ser humano realiza para el movimiento, en este número de Propulsión a través de la diversidad de artículos que se presentan, se invoca el periplo del diálogo, el caminar impulsados por el conocer y escuchar desde el conocimiento, la epísteme de las realidades que nos circundan. Es un caminar que fluye desde diez senderos que se bifurcan y se reencuentran entramados en una constante: los diversos escenarios que enmarcan a América Nuestra. Así el impulso por el diálogo, implica la presentación de problemáticas situadas, concretas y contextualizadas; problemáticas que cuestionan lo establecido, de esfuerzos por comprender no los principios supremos de todo cuanto es, sino de aproximaciones analíticas y sensibles hacia lo que acontece; interpretaciones que integran y al mismo tiempo eliminan, fusionan lo universal en lo particular, que entran en conflicto y que proporcionalmente se resuelven. Argumentaciones desde una diversidad y afinidad temática, ideológica, interdisciplinaria, que busca su equilibrio en la diversidad de perspectivas, en una epísteme que trata de ser abierta, pero sin demeritar la exigencia del rigor. Así planta un equilibrio proporcionado, una igualdad proporcional al privilegiar la diferencia, sin perder la capacidad de universalizar, busca lo propio de cada situación.

Proyectar el diálogo involucra reconocer opiniones, dudas y cuestionamientos, que se comparten en las participaciones reunidas, se generan propuestas y acciones, no sólo para el fortalecimiento del pensamiento lógico, reflexivo y crítico, sino principalmente al identificar problemas, impedimentos y limitantes, se establece su relevancia, se recuperan omisiones de tópicos que quizás para cuestiones académicas, no sean relevantes o inconsistentes.

Si bien, es preciso señalar que al ser cada artículo una aproximación a realidades situadas, no es un afán por aprehender la inmediatez, de antemano el estudio de las realidades de América Nuestra, no es algo fácil, porque la interpretación de la actualidad puede caducar en el corto plazo, por ello cada artículo toma distancia de ser una argumentación semejante a un órgano de transmisión fiel y escrupulosa, acuciosa, de transmitir conocimiento de realidades concretas pasadas a generaciones incipientes, de ser un amontonamiento aplastante en una pronta basura cultural, por lo contrario, intenta reproducir y recrear, es la simiente, que rinde fruto, en la implicación de trascender y reivindicar, de repensar desde la historicidad concreta de América Nuestra. Porque en el acto dinámico del análisis y la búsqueda del diálogo, el pensar significa una construcción epistemológica atravesada por la reivindicación y posicionamiento, de un hacer y quehacer ético de compromiso y responsabilidad, que se construye dialécticamente con las y los otros (es).

Andrés Parada Olivares y Pedro Rodríguez Rojas, en “Contra del odio, la intolerancia y la segregación: diversidad e interculturalidad en la educación ciudadana del nuevo Chile”, asumen que la educación debe ser transformada, particularmente nos presentan que una

nueva educación ciudadana, implica integrar la diversidad y la interculturalidad. Como seres situados en Chile y a raíz de las movilizaciones que se han dado, el tema mantiene ejes transversales para otras naciones del continente. Así se entreteje con el cuestionamiento que Carlos Fernández Jopia hace en “Movimientos sociales en América Latina y la idea de progreso”. Transformar el paradigma de qué significa el progreso, de la emancipación social para los sujetos sociales, involucra nuevas categorías epistémicas, para los nuevos movimientos sociales que florecen y vienen floreciendo en el continente. Así nos va orientando sobre la caducidad de paradigmas y la búsqueda de nuevos horizontes conceptuales.

Si se habla de caducidad de paradigmas, es innegable que el paradigma de vida del capitalismo, del neoliberalismo y/o neocapitalismo, como hoy se le nombra, ha demostrado más que ser un modelo para la vida, un modelo para exterminar la vida de seres humanos y otros seres. Así se observa el grado de exclusión, de pobreza alimentaria que alberga un municipio del Estado de Yucatán, en México, como lo argumentan y analizan Rubén Torres Martínez y Fabiola de la L. Lara Farfán en “Visiones confrontadas del mundo. El caso de Chacsinkín, Yucatán pobreza alimentaria y exclusión social.”

Búsqueda de nuevos horizontes implica, la apertura hacia sociedades que han sido invisibilizadas, sepultadas e ignoradas, así en “Sembrar la reproducción de la vida en una comunidad tojolabal”, Renata Báez Romero, presenta sus prácticas y coexistencia con una comunidad maya/tojolabal, y las formas en que a pesar de las vicisitudes de la imposición de un paradigma de vida, los tojolabales han continuado con la reproducción de la vida, a través de sus prácticas y hábitos, costumbres y saberes, que tienen sus analogías con otros pueblos originarios de América Nuestra.

Hablar y analizar el machismo en América Nuestra es un problema apremiante, que por años se ha invisibilizado desde diversos ámbitos, en “Conductas de autocuidado y actitudes machistas en adultos”, José A. Moreno-Jabalera y Laura F. Barrera Hernández, hacen un análisis de la articulación entre autocuidado y machismo en sujetos adultos situados en el noroeste de México. Su artículo, observa la persistencia del machismo y la continuidad de la preservación de la vida en las mujeres.

La igualdad de oportunidades para todas (es), debe ser una constante en nuestros contextos, si se está en el común acuerdo de practicar y no sólo manifestar de forma hipotética la igualdad. Así Víctor A. Quintana-López, Cecilia I. Bojórquez-Díaz, Karina de J. Díaz-López y María E. Mejía-León. Presentan la necesidad inminente de incluir la perspectiva de género en el currículo educativo de las universidades de México en el artículo: “Percepción de igualdad de género en la formación de universitarios del área de la salud”.

En este espacio y tiempo de pandemia, del crecimiento de una educación virtual potencializada en el individualismo, el ser mejor de todos, no importa porqué medio y formas, una constante desde hace más de dos décadas en los planes, programas y prácticas de la educación en América Nuestra. Frente a ello, Celso J. Castrejón Amaya nos alimenta la esperanza en otras formas de educar y enseñar, desde lo comunitario, lo colectivo, a través de varios proyectos y prácticas que recupera y analiza en su texto titulado: “Educación rural en América Latina. Entre lo comunitario y popular”.

La tecnología es una herramienta para facilitar el quehacer de los seres humanos, no

obstante, desde el último lustro, se ha dado un aceleramiento de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación, que inevitablemente ha repercutido en las (os) niños y adolescentes, desde el “copiar y pegar”, pasando por el plagio y otras formas, el aprendizaje y el rendimiento escolar y la motivación por la educación y el estudio se ha visto afectado de diversas maneras, así lo muestra el artículo “Uso problemático de la tecnología, motivación y rendimiento académico en escolares” de las autoras Tania L. Gutiérrez Lugo, Mirsha A. Sotelo Castillo, y Dora Y. Ramos Estrada.

No se podía quedar fuera la reseña del libro de Daniel Lucks *Reconsidering Reagan. Racism, Republicans and the Road to Trump* realizado por José A. Abreu Colombri quien presenta a una de las figuras políticas más repulsivas de América Nuestra. La búsqueda por la construcción de una figura simbólica para los partidarios del conservadurismo norteamericano a través de fuentes inéditas.

Más que un cierre en este número, es una apertura hacia las artes, hacia la obra de “Myla”, Camila Rivera González, quien desde su cosmopercepción nos enlaza en un diálogo sideral, con el cosmos y otras entidades, un diálogo de sentí pensar que recoge y transmite a través de diferentes técnicas en acrílico, murales, óleo, etc.

Sirva este número de Propulsión, los textos y material visual que lo integran, como frutos de alimento, comamos de ellos, aunque para algunos les pueda indigestar... la vida y el pensamiento.

ARTURO VILCHIS CEDILLO.
CDMX, enero de 2022.

Recuperar al sujeto, al ser humano, ante la emergencia de la realidad pandémica

Recover the subject, the human being, in the emergency of the pandemic reality

DR. MARIO MAGALLÓN ANAYA
CIALC-UNAM, Ciudad de México, México(mariom@unam.mx)(<https://orcid.org/0000-0003-0341-7664>)

RESUMEN

Ante el análisis de la nueva pandemia aparecen lenguajes difusos, sobre lo que es la “nueva normalidad;” lo normal o la normalidad, hipotéticamente, diríamos, es el ejercicio de la frónesis o equilibrio entre la salud y la enfermedad: el justo medio de la proporcionalidad; empero, en el pensamiento filosófico como en las epidemias en el análisis de los problemas es ineludible ir a las profundidades conceptuales y las prácticas de prevención y cura: del cuerpo y del alma; para lo cual se necesitan reinventar formas de aprehensión capaces de investigar las etiologías, construir semióticas y semánticas renovadoras que sean capaces de explicarlas; en el análisis de los comportamientos que abran el espacio en la comprensión de la nueva realidad pandémica, la que requiere redefinirla y explicarla, como de buscar alternativas teórico-prácticas para enfrentarla; lo que colige aproximarnos al problema a través de metáforas y lenguajes que permitan acercarse a la comprensión y conocimiento de ésta, de los síntomas y de las prácticas; lo que requiere encontrar analogías comunes con otras enfermedades colectivas, que a través de la historia han diezariado a la humanidad, la metodología es inter y transdisciplinaria desde la hermenéutica analógica simbólica fenomenológica de la ontofenomenicidad del acontecimiento filosófico-político, en el análisis de los textos y contextos críticos de los textos y la redacción del trabajo buscando el justo medio aristotélico en una dialéctica histórica procesual.

ABSTRACT

Before the analysis of the new pandemic, diffuse languages appear, about what is the “new normality;” what is normal or normality, hypothetically, we would say, is the exercise of phronesis or balance between health and disease: the fair mean of proportionality; however, in philosophical thought as in epidemics in the analysis of problems it is unavoidable to go to the conceptual depths and practices of prevention and cure: of the body and of the soul; for which it is necessary to reinvent forms of apprehension capable of investigating the etiologies, building semiotics and renovating semantics that are capable of explaining them; in the analysis of the behaviors that open the space in the understanding of the new pandemic reality, which requires redefining and explaining it, as well as seeking theoretical-practical alternatives to face it; what it takes to approach the problem through metaphors and languages that allow approaching the understanding and knowledge of it, of the symptoms and of the practices; which requires finding common analogies with other collective diseases, which throughout history have decimated humanity, the methodology is inter and transdisciplinary from the phenomenological symbolic analogical hermeneutics of the ontophenomenicity of the philosophical-political event, in the analysis of the texts and critical contexts of the texts and the writing of the work looking for the Aristotelian middle ground in a procedural historical dialectic.

PALABRAS CLAVE / KEY WORDS

sujeto, pandemia, salud, enfermedad, ética, libertad / subject, pandemic, health, illness, ethics, freedom,

1. INTRODUCCIÓN

Ante los grandes avances científicos y tecnológicos que han transformado nuestro mundo sigue vigente el problema del sujeto, donde el ser humano es tratado como objeto, cosa, utilizable y prescindible; para perderse en las sombras de los procesos políticos, ideológicos y económicos; puede decirse que con la declaración de la “muerte del sujeto”, de la metafísica (filosofía) y del fin de la historia; el cuidado de sí mismo(a) y el conócete a ti mismo(a), no hacen presencia como factor dominante, salvo en casos excepcionales en las organizaciones de derechos humanos y de grupos humanitarios en el mundo; las que son de muy diversa filiación ideológica, política, social y económica, y no siempre son éticamente incluyentes y solidarias de todos(as) los seres humanos; quizá, porque el principio ontológico que allí opera, sobre el ente-ser humano no es depositario de la diversidad humana, ni asumido desde la ética positiva comprensiva de la pluralidad humana; más bien, está cargado de connotaciones negativas, como el egoísmo, exclusión, marginación, racismo, problemas de género, entre otras; posiblemente, porque no han mostrado la capacidad, menos aún, han tenido la disposición para fundamentar una ética social como categoría política de

relación comunitaria que generalice y sea depositaria de todos(as); y que se ocupe no sólo del cuerpo, por lo mismo el horizonte filosófico de nuestra América y del mundo se concitan diversas orientaciones ideológicas, políticas, económicas, sociales e intereses especiales, de capital y de dinero, que traspasan y transgreden el problema de la situación humana. En el neocapitalismo, toda relación humana tiene valor de uso y valor de cambio; mercancía-consumo dinero-mercancía-dinero, como decía Carlos Marx en *El Capital*: todo se compra y se vende; menos la vida; lo que ha mostrado demasiada insensibilidad ante el acontecimiento de la epidemia y las consecuencias; donde, en nuestro entender, lo más importante es reconocer que está de por medio la salud y la vida y no la ganancia; para el análisis del acontecimiento es necesario reconstruir y construir nuevos lenguajes de interpretación y explicación de la enfermedad, como de las patologías, porque los anteriores del pasado son ya insuficientes para analizar y explicar el mundo de la vida y de la existencia humana.

2. LA NUEVA “NORMALIDAD” EN AMÉRICA LATINA Y EL MUNDO

La hipotética “nueva normalidad,” que se ha venido manejando ante la emergencia del regreso a las diversas actividades: sociales, escolares, académicas; de trabajo, religiosas, políticas, económicas, de comunicación y de relación entre los individuos, los sujetos sociales y las comunidades en México, en nuestra América y en el mundo; como consecuencia de la pandemia de SARS 2 de la Covid 19, de las mutaciones y variantes que en la actualidad se hacen presente y dominan en el mundo; ha colocado a los seres humanos, a los Estados y gobiernos, instituciones de salud, sociales, empresas, organizaciones económicas, educativas y culturales a nivel mundial, en una situación de crisis permanente, de desestabilidad apocalíptica aterradora, en todos los horizontes de la vida familiar, social, de convivencia, de participación comprometida, responsable y solidaria con todos(as); lo que ha atentado contra el mundo de la vida del ser humano, de la existencia y del sujeto: individual y social comunitario; lo que motiva a reflexionar sobre lo que se entiende por lo normal y lo patológico.

Antes, como ahora, es importante recuperar y traer a la palestra, el viejo y actual principio platónico: el cuidado de sí mismo, lo que implica el conócete a ti mismo, para ser un sí mismo identitario analógico con el otra(o), con el sujeta(o), en el sentido de alteridad horizontal comprensiva y diferenciadora, donde todos(as) estén incluidos; especialmente en este momento de emergencia, ante la peste, la epidemia, la enfermedad que domina el mundo de la vida de los seres humanos. Empero, en la historia, a través del tiempo, el cuidado de sí y el conócete a ti mismo se han ido perdiendo para quedar reducidos a prácticamente nada, a la aniquilación del ente-ser, del sujeto, del individuo; esto es, se ha descuidado el ser humano y el cuidado de sí mismo, de la existencia y de la vida humana, para ser sólo parte de los procesos sociales.

A pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos, prevalece el problema en el mundo de la vida, donde el sujeto, el ser humano es tratado como objeto, cosa, utilizable y prescindible; para perderse en las sombras de los procesos políticos, ideológicos y económicos; puede decirse que con la declaración de la “muerte del sujeto,” de la metafísica (filosofía) y del fin de la historia; el cuidado de sí mismo(a) y el conócete a ti mismo(a), no

hacen presencia como factor dominante, salvo en casos excepcionales en las organizaciones de derechos humanos y de grupos humanitarios en el mundo; las que son de muy diversa filiación ideológica, política, social y económica, y no siempre son éticamente incluyentes y solidarias de todos(as) los seres humanos; quizá, porque el principio ontológico que allí opera, sobre el ente-ser humano no es depositario de la diversidad humana, ni asumido desde la ética positiva comprensiva de la pluralidad humana; más bien, está cargado de connotaciones negativas, como el egoísmo, exclusión, marginación, racismo, problemas de género, entre otras; esto es, posiblemente, porque no han mostrado la capacidad, menos aún, han tenido la disposición para fundamentar una ética social como categoría política de relación comunitaria que generalice y sea depositaria de todos(as); y que se ocupe no sólo del cuerpo, de bios, en su sentido biológico, sino además, de zoé, de la vida, en la que está contenida bios, la razón, la espiritualidad humana: la sabiduría.

Esto es en pocas palabras: un conjunto unitario como un todo, de la practicidad fenomenológica de la vida, lo que tiene implícito la adquisición de sabiduría; de saber vivir con dignidad y respeto, hacia sí mismo y hacia los otros(as); unidad integral de la practicidad como experiencia de vida a través de la ética antropológica de la educación, de la pedagógica paidética, amorosa y solidaria por el cuidado de sí mismo y con el conocimiento de sí mismo como otro. (Foucault, 2002).

Más ahora, cuando

Los estilos de vida alternativos exigen no sólo vivir de manera diferente, sino también conocer de manera diferente. Debemos ser capaces de alumbrar una justificación racional para nuestros nuevos estilos de vida, lo que nos llevará, nada más y nada menos, que a alumbrar una nueva racionalidad. Debemos estar convencidos, en nuestra mente y en nuestro corazón, de que la austeridad lejos de ser algo deprimente que tiene que ver con la abnegación y el sacrificio, es una manifestación positiva de nuevas cualidades; solo entonces viviremos con una austeridad elegante. [...] El siglo XXI será un siglo ecológico; de lo contrario, es muy posible que no haya siglo XXII. <<El ecologismo será la cuestión política crucial de nuestra época, como el conservadurismo y el liberalismo lo han sido en el pasado>>, proclaman algunas voces. Es una afirmación ambiciosa, aunque al mismo tiempo, tal vez se quede corta, dado que reduce la ecología a la ideología. Concebida como una perspectiva ecológica general sobre todos los aspectos de la vida, ha asumido el pale de una nueva religión; el pensamiento ecológico es un pensamiento casi religioso. Necesitamos una forma de fervor religioso que una nuestras energías y voluntades en el extraordinario proyecto de salvar la Tierra y de salvarnos con ello a todos nosotros. (Skolimowski, 2017, p. 14-16).

Esto equivale a la salvación, a la recuperación y resguardo de la nosotridad convivencial, ante los acontecimientos, para transitar de la muerte a la vida, porque el horizonte humano es la vida.

Es decir, la noción de salvación de uno mismo y de los otros tiene un sentido técnico:

1. La salvación permite pasar de la muerte a la vida. Es un sistema binario que se

sitúa entre la vida y la muerte, entre la mortalidad y la inmortalidad, entre el mal y el bien, entre este mundo y el otro. La salvación es un operador de paso.

2. La salvación está ligada a la dramaticidad de un suceso histórico o meta-histórico, a la temporalidad y a la eternidad. La salvación es una operación compleja que requiere la presencia del otro en tanto que operador de la salvación de uno mismo. [...] El que se salva es aquel que está en un estado de alerta, de resistencia, de *dominio y de soberanía* de sí mismo, lo que le permite rechazar todos los ataques y todos los asaltos. [...]

En suma, salvarse quiere decir asegurarse la propia felicidad, tranquilidad y serenidad. Como estamos viendo salvarse posee significaciones positivas, y no reenvía a la dramaticidad de un suceso que le permite pasar de lo negativo a lo positivo; *el término salvación no reenvía a otra cosa que no sea a la vida misma*. (Foucault, 1987, p. 70-71).

En este sentido, ante la urgencia pandémica y el resguardo de la vida y lo que ello implica; la filosofía, no puede reducirse, sólo al trabajo académico y de cubículo, si no que tiene que salir, está obligada a surgir, a hacerse presente, en la vida pública; tiene que decir algo respecto de la epidemia y de la vida; históricamente: filosofía y enfermedad surgen de la plaza pública, en la politicidad de las relaciones sociales, de la realidad histórica concreta y convivencial; analógicamente, lo mismo acontece cuando se piensa la relación entre la filosofía y la epidemia, lo que implica romper con la vieja concepción multicitada de la “normalidad” y la hipotética “nueva normalidad,” no sólo en nuestra América, sino en el mundo entero. Empero, su manejo es demasiado ambiguo y lleva a inconsistencias e irregularidades en la comprensión y el análisis.

Más aún, ahora cuando en el horizonte filosófico de nuestra América y del mundo se concitan diversas orientaciones ideológicas, políticas, económicas, sociales e intereses especiales, de capital y de dinero, que traspasan y transgreden el problema de la situación humana ante la enfermedad. En el neocapitalismo, toda relación humana tiene valor de uso y valor de cambio; mercancía-consumo dinero-mercancía-dinero, como decía Carlos Marx en *El Capital*: todo se compra y se vende; menos la vida; lo que ha mostrado demasiada insensibilidad ante el acontecimiento de la epidemia y las consecuencias; donde, en nuestro entender, lo más importante es reconocer que está de por medio la salud y la vida y no la ganancia; para el análisis del acontecimiento es necesario reconstruir y construir nuevos lenguajes de interpretación y explicación de la enfermedad, como de las patologías, porque los anteriores del pasado son ya insuficientes para analizar y explicar el mundo de la vida y de la existencia humana.

Ante el análisis de la nueva pandemia aparecen lenguajes difusos, sobre lo que es la “nueva normalidad”; lo normal o la normalidad, hipotéticamente, diríamos, es el ejercicio de la frónesis o equilibrio entre la salud y la enfermedad: el justo medio de la proporcionalidad; empero, en el pensamiento filosófico como en las epidemias en el análisis de los problemas es ineludible ir a las profundidades conceptuales y las prácticas de prevención y cura: del cuerpo y del alma; para lo cual se necesitan reinventar formas de aprehensión capaces de investigar las etiologías, construir semióticas y semánticas renovadoras que sean capaces de explicarlas; en el análisis de los comportamientos que abran el espacio en la comprensión de la nueva realidad pandémica, la que requiere redefinirla y explicarla, como de buscar alternativas teórico-prácticas para enfrentarla; lo que colige aproximarnos al problema a

través de metáforas y lenguajes que permitan acercarse a la comprensión y conocimiento de ésta, de los síntomas y de las prácticas; lo que requiere encontrar analogías comunes con otras enfermedades colectivas, que a través de la historia han diezmando a la humanidad.

En el saber médico hasta la actualidad, se dan rupturas, donde la lección del objeto: enfermedades, dolencias, patologías y sufrimientos están dirigidas a una hipotética objetividad positiva fundada en la practicidad de la mirada por el facultativo o médico y del objeto clínico.

Allí, donde se dan

Todos los dominios de un espacio quimérico por el cual se comunican médicos y enfermos, psicólogos y prácticos [...], (los que) no han desaparecido; (sino) han sido desplazados más bien, y como encerrados en la singularidad del enfermo, del lado de la región de los “síntomas subjetivos” que define para el médico no ya el modo de conocimiento, sino el mundo de los objetos por conocer. El vínculo fantástico del saber y del sufrimiento, lejos de haberse roto, se ha asegurado por una vía más compleja que simple permeabilidad de las imaginaciones; la presencia de la enfermedad en el cuerpo, sus tensiones, sus quemaduras, el mundo sordo de las entrañas, todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos, son a la vez, discutidos en su objetividad por el discurso reductor del médico y fundados como tantos objetos por su mirada positiva. Las imágenes del dolor no son conjuradas en beneficio de un conocimiento neutralizado; ha sido distribuidas de nuevo en el espacio donde se cruzan los cuerpos y las miradas. Ha cambiado la configuración sorda en la que se apoya el lenguaje, la relación de situación y de postura, entre el que habla y aquello de lo cual se habla. (Foucault, 1966, p. 3).

En el entendido, de que no es posible liberarse de las cargas ideológicas y prejuicios al analizar las raíces de la problemática de las enfermedades y las pandemias, que en la actualidad nos ocupa; pero la realidad urge posibles respuestas y alternativas consistentes, capaces de explicar y enfrentar el acontecimiento. Las epidemias, las pestes, las enfermedades son, con mucha frecuencia, puede decirse que casi siempre, fenómenos colectivos; antes, como ahora corren, penetran y enferman los cuerpos y las almas de las gentes que las llevan a la muerte masificada, colectiva.

Nada, en este arsenal cuya herrumbre lleva la huella de todos los tiempos, puede designarse claramente lo que ha pasado en el viraje del siglo XVIII cuando al volverse a poner en juego el viejo tema clínico se “produce,” si hay que creer en las apariencias prematuras, una mutación esencial del saber médico.

[...] La clínica, invocada sin cesar por su empirismo, la modestia de su atención y el cuidado con el cual deja ver silenciosamente las cosas bajo la mirada, sin turbarlas con ningún discurso, debe su importancia real al hecho de que es una reorganización en profundidad no sólo del discurso médico, sino de la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad. La contención del discurso clínico (proclamada por los médicos: rechazo de la teoría, abandono de los sistemas, no

filosofía), indica, en secreto, esta reserva inagotable a partir de la cual ella puede hablar: la estructura común que corta y articula lo que ve y lo que dice. (Ibíd., p. 13-15).

Por eso, el saber epidemiológico en la actualidad y la aplicación del conocimiento médico, ante el apremio o urgencia, requiere de la cooperación de todas(os); donde los Estados tienen un papel preponderante para enfrentar la pandemia; por ello, deben establecer relaciones con las organizaciones de salud pública y privada, los centros de investigación científica y tecnológica encaminada al cuidado de la salud y de la vida de manera digna y éticamente responsable; la OMS, los laboratorios de medicamentos, de análisis clínicos, entre otros, tiene que realizar un trabajo conjunto en todos los países para enfrentar la enfermedad, lo que trasgrede -tiene que hacerlo-, los intereses económicos, para hacer una práctica de ética mundial comprometida, responsable y solidaria con el género humano.

Las epidemias y las enfermedades vagan entre nosotros(as), permanece o se quedan largas temporadas o para toda la vida; pero su presencia en la actualidad es demoledora de la vida de los seres humanos; lo que genera dispersión en cuanto a las maneras de atajar la enfermedad; afortunadamente las ciencias médicas y la tecnologías están muy avanzadas comparadas con las de otros tiempos históricos; lo importante es conocer y analizar la estructura y comportamiento de la enfermedad, del “mal,” y la patología, para buscar modos de cercarla y contenerla; para ello se han planteado, conociendo, más o menos, el comportamiento del virus, diversas estrategias y cuidados de higiene y prevención; de donde se pueden derivar las posibilidades de enfrentarlo e interrumpir su circulación, a través de las vacunas, de nuevos medicamentos, los que, conjuntados con otros cuidados reducen sus consecuencias.

Antes como ahora,

Buscamos protegernos en lo posible del rondar de la epidemia, de su modo ineluctable de vagar. Las formas de cercar y combatirla en tiempos del naciente estado capitalista no divergen mucho de nuestros días donde también se vigilan las aguas, las aglomeraciones, los entierros, los mataderos; y donde se ensayan diseños institucionales capaces de frenar en las esferas de la educación, de la recreación, de la punición, el errabundo tránsito del virus. (Prieto, 2021, p. 3).

Ya no es posible hablar de la llamada “normalidad filosófica,” como de “normalidad sanitaria” a manera de un reflejo de la concebida en el occidente europeo, porque ahora están incluidos todos los países: desarrollados y atrasados; los países metropolitanos e imperiales, los que pensaban que la Ciencia al igual que la Filosofía y otros tipos de saberes, de los conquistados y dominados, no se encontraban a la altura de las europeas.

Posteriormente, con la modernidad capitalista, los países desarrollados occidentales fueron nugatorios del conocimiento y saberes de los subdesarrollados; lo que muestra que la filosofía, la ciencia, e inclusive, la tecnología, se concebían y conciben, como modélicas y de raíz transatlántica; esta idea como forma de pensamiento filosófico y científico tiene un raigambre colonial ideológicamente de dominio y control, y que, en la historia de la filosofía y de la ciencia de nuestra América no se superó, ni en la posindependencia; en el

siglo XX se asumen, a veces consciente, otras inconscientemente, de manera autocolonial; y posteriormente, después de la segunda mitad del siglo XX como lo poscolonial; e inclusive, se puede decir lo mismo de la decolonialidad, pero, ésta con ciertos matices analíticos y críticos de las otras filosofías nuestroamericanas, como de las imperiales venidas de Europa; esto ha trascendido y logrado alcanzar las dos primeras décadas del siglo XXI.

Porque puede decirse que

Hay una consecuencia terrorífica derivada de la producción interrumpida de positividad: pues si la negatividad engendra la crisis y la crítica, la positividad absoluta engendra a su vez la catástrofe precisamente por su incapacidad de destilar la crisis. Toda estructura, todo sistema, todo cuerpo social que acosa, expulsa o exorciza sus elementos negativos y críticos, corre el riesgo de sufrir una catástrofe por reversión e implosión total, del mismo modo que todo cuerpo biológico que acosa y elimina todos sus gérmenes, bacilos y parásitos, todos sus enemigos biológicos, corre el riesgo de padecer un cáncer, es decir una positividad devoradora de sus propias células, corre el riesgo de ser devorado por sus propios anticuerpos, ya sin empleo. (Baudrillard, 2000, p. 11).

3. RELACIONES ENTRE FILOSOFÍA, CIENCIA: IDEOLOGÍA Y PANDEMIA

Antes, como hasta ahora, con la conquista y dominación de los pueblos de nuestra América y del mundo, se puso en cuestión la capacidad de pensar de los habitantes y dueños originarios de los territorios nuestroamericanos, como de cualquier región del mundo que ha sido producto de la conquista e invasión de territorios, etnias, naciones, regiones; los conquistadores y dominadores arrebataron, sometieron y esclavizaron, inclusive, muchas de las poblaciones fueron masacradas y diezmadas en las geografías del planeta; impusieron sus formas de ser, pensar, creer, actuar, imaginar y soñar; esto va a trascender en el tiempo, hasta alcanzar el siglo XXI; aunque ahora se reconoce, que La Filosofía se constituye de filosofías en el tiempo; al igual que La Ciencia está formada o constituida por las ciencias; las filosofías nuestroamericanas, como las filosofías en el mundo, forman parte de La Filosofía; como la practicidad del filosofar y la filosofía surgen de la realidad históricamente situado; es decir, desde un horizonte propio, porque no existe un modelo en el filosofar. Empero, las humanidades, la filosofía entre ellas, las ciencias y la tecnología requieren del financiamiento e inversión de capital para la investigación y desarrollo; lo que en los países pobres es muy limitado e incluso, en algunas regiones del mundo, es prácticamente nulo, pero no es porque falte talento entre ellos.

Se ha hecho creer que -ideológicamente-, entre los países subdesarrollados, pobres, no hay talento, ni creatividad, y, por lo tanto, están condenados a repetir experiencias venidas de otras regiones, lo que lleva a la necesidad de reflexionar sobre las formas ideológicas, de poder y dominio ejercidas desde las naciones imperiales, e inclusive, al interior de las pobres.

Esto requiere reflexionar sobre las relaciones que existen entre la filosofía y la ideología; es decir, la filosofía está permeada, penetrada, por la ideología, las ciencias naturales y sociales; dominada y controlada por las relaciones de poder.

Sabido es que quién detenta y usurpa el poder, se arroga el conocimiento y el saber; lo cual no ha sido superado hasta ahora, en muchos aspectos en nuestra región, y puede decirse que en el mundo. Es importante señalar y reconocer que la Filosofía y su historia se constituye de filosofías en el mundo, resultado de los problemas que requieren respuestas urgentes sobre la realidad, la vida, el mundo, la naturaleza, la existencia, Dios, el sujeto, el Ser.

Más allá de esto, la filosofía es una vocación humana de los entes-seres, sujetos del filosofar, del pensar; porque éste es una exclusiva humana, de todo ser humano. Por otro lado, es ineludible señalar que entre la filosofía y la ideología se da una simbiosis, que exige superar con el ejercicio crítico de la razón, como de cualquier forma de pensar y de control ideológico. En la historia de la filosofía, el sujeto del filosofar; la persona humana se ha visto obligada a desenmascarar la permanente ambigüedad sobre el sentido y valor ontológico y epistemológico de la filosofía, lo que implica analizar las formas del saber crítico e ideológico.

Más para que aquella ínsita ambigüedad sea vista, es necesario tener conciencia de lo ideológico, el que ha sido reconocido tardíamente en la historia de la humanidad, lo que supone, a su vez, toda una manera muy viva de entender la naturaleza del concepto como instrumento mental, como tradicionalmente lo expresaron la filosofía de los griegos, pero se puede hacer extensiva a cualquier otra comunidad humana. Los pensadores que creyeron posible una radical instalación en el concepto y por tanto un fácil rechazo de todas las formas que consideraron preconceptuales, entendieron haber superado toda ambigüedad y con ello todo lo espúreo que la vida introduce en las formas de un pensar “libre”.

[...] De esta manera lo ideológico, como realidad extraña al concepto, liberaba a los filósofos de su presencia y los dejaba cómodamente instalados en un pretendido saber puro, en una conciencia transparente e impoluta, reinado del Espíritu, al que denominaron la filosofía. Pero la filosofía seguía, a pesar de esto, siendo una realidad tremendamente ambigua que exigía nuevas formas de crítica, más vivas, por lo mismo que seguía ocultando en su seno todo aquello que creía haber expulsado. (Roig, 1973, p. 217-218).

Esto incita a pensar, a reflexionar, sobre las nuevas formas y prácticas de relación convivencial y de comunicación entre los entes-seres en la actualidad de crisis global y pandemia; donde se plantea la necesidad de redefinir, rescatar viejos lenguajes y proponer nuevos, implícitos en el mundo de la vida; que demandan e provocan a pensar sobre la normalidad y la patología; de una existencia transida de enfermedad y, ahora, se encuentra mediada por la “pantalla total,” de Baudrillard, (2000), del frío vidrio e imagen plana de las computadoras, la TV en relación con la internet y las redes sociales como: Facebook, Whatsapp, Instagram, Tic Tok, Twitter, entre otras; como de aquello que por ellas se transmite: información (que no, necesariamente, comunicación), que ponen en común y comparten problemas, que colocan a la luz de los medios: verdades y mentiras, entendiendo a las primeras, como aquello que da seguridad, certeza y confianza sobre la veracidad y pertinencia de los mensajes; las segundas están radicadas en el engaño, el ardid y el artificio de los lenguajes que encubren y trasgreden

la veracidad y la certeza, lo que carece de fundamento ontológico y epistemológico; mientras que, por otro lado, los bots son ensambles de información emitidos, captados y desarrollados en distintos tiempos y lugares, que se buscan acoplar con cierta coherencia persuasiva, para auditorios en el presente en el que se emiten y editan; fundados en la mentira, el pánico, el terror y el miedo; a través de los que se muestran y buscan dar, en apariencia, “respuestas pertinentes” a la realidad temporal; esto es, analógicamente, virulencia informática.

Sida, virus informáticos, terrorismo... La virulencia llega cuando un cuerpo, un sistema o una red expulsan todos sus elementos negativos y se resuelven en una combinatoria de elementos simples. En este sentido, la viralidad está estrechamente vinculada a la fractalidad y a la digitalidad. Como los ordenadores y las máquinas electrónicas se han convertido en abstracciones, en máquinas virtuales, en no-cuerpos, los virus campean en ellas (son mucho más vulnerables que las máquinas mecánicas tradicionales). Como el cuerpo mismo se ha convertido en un no-cuerpo, en una máquina electrónica y virtual, los virus se apoderan de él. La medicina clásica ya no puede hacer nada contra la patología actual del cuerpo, que afecta al cuerpo no como forma, sino como fórmula. [...] Estas nuevas patologías son las enfermedades de un cuerpo codificado modelado, son las enfermedades del código y del modelo. El ser humano concebido como máquina electrónica y cibernética se convierte en el terreno elegido por los virus y las enfermedades virales, tal como los ordenadores se convierten en el terreno elegido de los virus informáticos. (Baudrillard, 2000, pp. 9-10).

Empero, las “falsas mentiras,” los bots intencionalmente, desinforman y confunden; buscan desprestigiar, o en su caso posicionar, a individuos, instituciones, gobiernos, organizaciones sociales, empresas; están dirigidos a los diversos auditorios de la sociedad, en la que inciden e impactan en los espacios donde se relacionan y comunican los seres humanos, ejerciendo sobre ellos el control y dominio con falsedades y mentiras; porque los bots no pueden ser considerados “verdades a medias” -la verdad y la mentira son lo que son y no se pueden confundirse-, como se les llaman coloquialmente; porque ejercen formas de control ideológico, político, social y de dominio, fundadas en el terror y el pánico, que permean, penetran e invaden, las maneras de ver y mirar; de ser, pensar, actuar y decidir sobre la vida y la existencia de los entes-seres históricamente situados y en situación, con un hipotético discurso de defensa de derechos y libertades.

Esto, no es otra cosa, que relaciones de poder con un horizonte intencional para controlar y dominar las conciencias a través del engaño y la mentira, porque, como bien señala Nietzsche:

El intelecto como medio de conservación del individuo, desarrolla sus fuerzas principales fingiendo, puesto que este es el recurso merced al cual sobreviven los individuos débiles y poco robustos, a quienes les ha sido negado servirse, en la lucha por la existencia, de cuernos o de la afilada dentadura del animal de rapiña. En los hombres alcanza su punto culminante este arte de fingir; aquí en el engaño, la adulación, la mentira y el fraude, la murmuración, la farsa, el vivir del brillo ajeno,

el enmascaramiento, el convencionalismo encubridor, la escenificación ante los demás y ante uno mismo, en una palabra el revoloteo incesante alrededor de la llama de la vanidad es hasta tal punto regla y ley, que apenas hay nada tan inconcebible como el hecho de que haya podido surgir entre los hombres una inclinación sincera y pura hacia la verdad. [...] Además durante toda su vida, el hombre se deja engañar por la noche en el sueño, sin que su sentido moral haya tratado nunca de impedirlo, mientras que parece que ha habido hombres que, a fuerza de voluntad, han conseguido iluminar los ronquidos. (2017, p. 23-24).

La mundaneidad pandémica mundial ha generado la desestabilización de las condiciones de existencia y de participación de los sujetos(as) individuales y sociales y las formas de relación entre ellos(as); más aún, está mediada por las formas ideológicas y de control, lo que ha quebrantado, roto y fragmentado las relaciones sociales, políticas, económicas, culturales; y lacerado las relaciones humanas y las concepciones del mundo y de la vida; para erigirse, algunas veces, en lo que, aunque, no siempre, es necesariamente planeado, sino más bien, ha sido el resultado de las condiciones históricas de las nuevas prácticas de poder, control y dominio de los sujetos(as), de las conciencias y, en consecuencia, del ejercicio de la libertad comprometida, responsable y solidaria, incluyente de la diversidad humana; esto limita, controla y mediatiza la libertad y los derechos; lo que conduce de modo inevitable, aunque no siempre intencional, al desequilibrio, la fragmentación y la crisis; y al rompimiento con las relaciones de convivencia social.

Es decir,

Son todas formas virales, fascinantes, indiferentes, multiplicadas por la virulencia de las imágenes, pues todos los medios de comunicación modernos, la información, la comunicación, tiene a su vez una potencia viral y su virulencia es contagiosa. Estamos en una cultura de la irradiación de los cuerpos y de los espíritus mediante las señales y las imágenes, y si esta cultura produce los efectos más bellos, ¿cómo asombrarse de que también produzca los virus más asesinos? La nuclearización de los cuerpos empezó en Hiroshima, pero continúa de manera endémica e incesante en la irradiación de los media, de las imágenes, de los signos, de los programas y de las redes. (Baudrillard, 2000, p. 24).

Allí donde la relación del cara a cara como forma de identificación, entificación y diferenciación humana de la llamada normalidad anterior, ahora, se ha vuelto nebulosa, difusa, mediatizada, virilizada de muy variadas y diversas maneras, ante la urgencia de respuestas a la realidad de la “nueva normalidad;” la que se ejerce, a través de las redes sociales y los medios de comunicación e información (TV y radio); para generar otras maneras y alternativas que permitan explicar y analizar el fenómeno pandémico y sus posibles consecuencias.

Lo que demanda construir, reconstruir, resemantizar, resignificar nuevos lenguajes; marcos teóricos, epistemológicos y conceptuales; códigos y recodificaciones que expliquen el fenómeno; esto es, deconstruir las maneras de entender y explicar lo real en la fenomenicidad óptica y ontológica del acontecimiento pandémico, de la realidad circunstanciada de la

“nueva normalidad,” con nuevas estrategias preventivas y de protección de la salud en las relaciones convivenciales y de comunicación en los distintos espacios: familiares, escolares, empresarial, de trabajo, sociales, económicos, productivos y culturales.

Así, puede decirse que tiempo y espacio son una forma de percepción sensorial e intuición inmediata de la realidad y del mundo de la vida. Esto es la condición de toda percepción activa limítrofe y de lo que es percibido por el ente-ser, como sujeto(a) social; es decir, de toda experiencia y de lo experimentado, de lo vivido. La naturaleza, en el ejercicio del pensar, está hecha de espacio y tiempo, construcción intelectual y dialéctica del ente ser en la temporalidad de la experiencia, de la vida misma.

Esto se aplica a la necesidad urgente de comprensión de la “nueva normalidad,” donde se combina la comprensión ontológica y epistemológica del pensar, de la razón; así, como de dar razón sobre el problema y cómo enfrentarlo; esto es una forma gnoseológica y dialéctica entre la objetividad y subjetividad de la razón, de la conciencia del sujeto(a) históricamente situado, constituyente del todo, que busca construir procedimientos ontoepistémicos y dialécticos del conocimiento entre el ser y el pensar.

El fenómeno de la pandemia, del coronavirus y sus variantes, se acentúa y crece en los aspectos de los espacios temporales de la existencia y de la vida, en la urgencia de la búsqueda de respuestas y alternativas de cura y prevención, ante la inminente destrucción y muerte; esto es, allí donde los seres humanos, los objetos y las cosas llegan y se van en el tiempo, en el acontecer, en la temporalidad de la existencia; es decir, no sólo están en el tiempo, sino que son temporales.

Es por este motivo que el análisis de una pandemia, es reconocer la cantidad increíble de sujetos afectados a nivel nacional, regional, continental y mundial; es algo que afecta a todos los seres humanos en el mundo, sin exclusión de nadie. Por lo mismo, el problema de la pandemia demanda respuestas y soluciones urgentes para la conservación de la vida, la convivencia y la participación de las relaciones de los entes-seres que buscan transgredir el estado de cosas existente, como las formas de entender y analizar las ideologías, las representaciones e imaginarios sociales de la nueva realidad. Es volver y recuperar las relaciones humanas de convivencia y de producción de los medios de vida y existencia, lo que requiere rebasar la situación en la que nos encontramos, hasta ahora cautivos.

Lo que puede ser entendido como una relectura de los discursos políticos y filosóficos, científicos, tecnológicos que involucra una reformulación filosófica de lo político y sus implicaciones sociales.

El “discurso político” es, como todo “discurso,” un conjunto ordenado de proposiciones significativas, por el cual, en este caso, la “actividad política” señala el objeto que le es propio, a saber, las relaciones sociales entre los hombres y establece el grado y modo de mantenimiento o transformación. El móvil de todo “discurso político” es una determinada “demanda social” que se encuentra “formulada” de hecho en la sociedad misma y de la cual el “discurso político” es su “reformulación.” Por otro lado, la demanda social es una exigencia formulada en relación con el sistema de producción, es decir, que es fundamentalmente de naturaleza económica. Frente a ella podemos decir que su “reformulación” es

política a la cual se suma la justificación de la “reformulación,” que es filosófica. El momento político y el filosófico integran normalmente la estructura del “discurso político”. (Roig, 1973, p. 232).

4. PROPUESTA PARA UNA ÉTICA MUNDIAL

Quiere decir, que es necesario tomar conciencia de la nueva realidad histórica y asumir lo que la “nueva normalidad” ha puesto a la luz, lo que estaba allí, operando y dominando en la realidad y el mundo de la vida, pero que no se mostró en plenitud en las condiciones precedentes; o más bien, porque no se pudo o no se quiso ver íntegramente, como son: la enfermedad, la miseria, la pobreza, el hambre, la desigualdad, la injusticia, la exclusión, lo más grave: la corrupción, considerada como la negación de los principios éticos, social y democráticos; la repotenciación del desempleo, la destrucción y la muerte; todos ellos, flagelos que han acompañado a la humanidad a través de la historia.

Pero,

Buscar las raíces de la corrupción es tarea interminable. La corrupción es insondable y, sin duda, consustancial al funcionamiento social. Pero al menos la lucha anticorrupción evoca su espectro y nos lo ofrece en espectáculo. Ahora bien, el espectáculo de la corrupción es una función vital en la democracia: funciona de distracción, función pedagógica, función catártica. No despierta amargura profunda, de lo contrario la rebelión rugiría en forma permanente. (Baudrillard, 2000, p. 168).

En la actualidad con el capitalismo y posteriormente, con el neocapitalismo, las nuevas formas de producción y consumo trajeron como consecuencia, por el interés del capital y del dinero, una pésima distribución del ingreso económico y carencia de una eticidad global incluyente de la diversidad humana, con actitud y práctica solidaria que permita revalorar, por encima de la ganancia y el capital, el valor ético de la persona humana, del ser humano, concebido como sujeto: individual y social, históricamente situado, en la fenomenicidad ontológica y praxológica de la existencia, donde todos(as) son infinita y éticamente valiosos(as).

Ante este estado de cosas, la realidad histórica muestra que la globalización, una vez más, hizo presente el triunfo de los fuertes sobre los débiles; tras el derrumbamiento, hace años, del socialismo histórico-burocrático soviético; hizo su aparición y dominio, la economía del mercado neoliberal global, sin rostro humano; donde, una vez más, se muestra el triunfo de los mercaderes, dueños del capital. Los que delirantes de sus victorias económicas y de formas de vida, pusieron en cuestión las normas éticas, políticas, religiosas, sociales y económicas existentes; tachándolas y negándolas, al considerarlas como obstáculos, distorsiones e ineficiencias que obstruyen la economía del libre mercado y la competencia; desaparecieron cínicamente las inhibiciones del dominio y control de los fuertes y poderosos, económicamente, sobre los débiles, los marginados, los excluidos, los explotados; lo que ha

llevado a los seres humanos, a la humanidad toda, hasta el límite: a un viaje sin regreso, de destrucción de la naturaleza y de la vida.

La “nueva normalidad” mostró todas las miserias humanas, pero, lo más grave, es que empresarios muy ricos, fuertes y poderosos a nivel nacional, regional y mundial multiplicaron sus ganancias de manera exponencial. Ante esto, se requiere reconocer y reorientar las formas de relación humana y de producción económica, social, política, de derecho, justicia y equidad y de solidaridad incluyente del cuidado de sí, de la naturaleza y del medio ambiente.

Lo que demanda, tentativamente, plantear una prognosis; es decir, hacer un pronóstico sobre la posibilidad de futuro de los entes-seres, de los seres vivos y de la naturaleza; repensar el problema sin ideologías impuestas, preestablecidos, sino más bien, planteadas con un horizonte común, como es la defensa de la vida humana, la sobrevivencia del ser humano y la vida en el planeta; porque en esto nos va la existencia y el futuro de la humanidad.

La nueva realidad de la “normalidad,” antes como ahora, con mayor fuerza ahora, requiere con urgencia de una ética mundial incluyente de todos los seres humanos. Porque no es el mercado global el que plantea como alternativa la posibilidad de una ética mundial incluyente, porque ese no ha sido el propósito; allí donde los seres humanos sin exclusión de nadie ni de nada de la naturaleza; contrario a esto, el neocapitalismo considera a la ética mundial de reciprocidad equilibrada y justa, como atentatorio a la economía del mercado y la ganancia mundial.

Por esta razón es importante replantear y refundamentar una ética mundial, no obstante, las grandes tensiones existentes entre la pluralidad de las tradiciones éticas y la posibilidad de una ética mundial, racional, incluyente y común, universalizable, que reconozca al ser humano, a todo ser humano, como ser libre y autónomo, que demanda respeto y reconocimiento de la dignidad e integridad como persona; a la vez, de autorrespeto y autorreconocimiento. Es una ética mundial comunitaria incluyente de la diversidad humana, de relaciones y compromisos recíprocos.

Lo que quiere decir, que

Entre las aspiraciones iguales de todos los sujetos y el respeto de su cualidad subjetiva existe una simetría fácil de ver: quien se entiende a sí mismo, como cuestión de principio, como persona digna de respeto, concederá también a todos los demás seres humanos la misma pretensión de respeto y reconocimiento incondicionales como personas. En esta ética de la reciprocidad, es decir, de la mutua obligatoriedad entre los seres humanos de las vinculaciones morales fundamentales, se reconoce también el núcleo humanístico culturalmente invariante de todas las grandes tradiciones éticas. Dicho de otro modo: el punto de vista universal de lo moral, es inherente a todas las tradiciones morales específicas de las distintas culturas, y a partir del cual puede fundamentarse totalmente un(a) <<ética mundial>> que las trascienda, se da a partir de la general lógica normativa de la interhumanidad. (Ulrich, 2006, p. 35).

Solicita reconocer, que la filosofía y la eticidad no hacen pronósticos futuristas, porque surge del ejercicio dialéctico práxico de la experiencia de vida; porque, la filosofía y la ética

están obligadas a problematizar el acontecimiento pandémico y las formas de vida que hoy existen a nivel mundial, desde un horizonte ético comprometido y responsable con los otros(as), con la naturaleza y el medio ambiente; sin exclusión de nadie ni de nada. Es asumir praxológica y prácticamente, en la praxis: un ejercicio comprometido y responsable, para ir más allá de los intereses del mercado y del consumo neocapitalista; a aquello que dé sustento ontológico y fenoménico a la realidad histórica del presente.

Porque, como decía Hegel, al respecto, con una extraordinaria metáfora, sobre la razón y el pensar con sentido de verdad problematizadora: El búho de Minerva levanta su vuelo al atardecer (Hegel, 1968). Es decir, la filosofía, la razón, el pensar es concebido en la filosofía hegeliana, antes que Heidegger, Nietzsche y muchos otros, como el fin o muerte de la filosofía, de la metafísica; del sujeto, de la historia, lo que sería sustituido, según Hegel, por las ciencias de la naturaleza y la técnica.

Es decir, es hablar con sentido de verdad científica, en el devenir de la totalidad y de las totalizaciones presentes, como serie de transformaciones que el sujeto(a), como conciencia histórica lucida y situada, realiza sobre la realidad y el ser como acontecimiento histórico, en la dialéctica del proceso de la veracidad científica y tecnológica.

Porque,

La filosofía, por lo demás, llega siempre demasiado tarde. Como el pensar del mundo surge por primera vez en el tiempo, después que la realidad ha cumplido su proceso de formación y está realizada. Esto, que el concepto enseña, la historia lo presenta, justamente necesario; esto es, primero aparece lo ideal frente a lo real en la madurez de la realidad, y después él crea a este mismo mundo gestado en su sustancia, en forma de reino intelectual. Cuando la filosofía pinta al claroscuro, ya un aspecto de la vida ha envejecido y en la penumbra (y) no se lo puede rejuvenecer, sino solo reconocer; el búho de Minerva inicia su vuelo al caer del crepúsculo. (Hegel, 1975, p. 17).

De tal manera, la “nueva normalidad” ha transgredido las formas conceptuales de entendimiento y comunicación, que hipotéticamente buscan el justo medio, la proporcionalidad; ante esto, es significativo resemantizar, resignificar, decodificar nuevos lenguajes que permitan aprehender y expresar la realidad pandémica en que se vive, como sus consecuencias psicológicas, sociales, políticas, económicas, filosóficas, éticas y culturales; la situación es de tal complejidad, que no es fácil abordarla directamente, porque está cargada de contradicciones, oposiciones, resistencias, aberraciones; absurdos de muy distinto carácter sobre la salud, la enfermedad, la normalidad y lo patológico; lo social, la política, la económica y la ética.

Allí donde lo patológico, lo anormal, la enfermedad amenaza con romper y fragmentar cualquier concepción de la normalidad precedente; esto requiere mirar las cosas desde otra dimensión, vinculada con el avance de las ciencias y la tecnología, que, en otras condiciones y tiempos históricos, de pestes, pandemias, enfermedades psicosomáticas, de muy diverso carácter, en el tiempo, diezmaron a grandes poblaciones del planeta.

No puedo dejar de citar en extenso, lo que al respecto señala Michel Foucault:

Hasta fines del del siglo XVIII, lo normal permanecía implícito en el pensamiento médico, y sin gran contenido: simple punto de referencia para situar y explicar la enfermedad. Se convierte para el siglo XIX en una figura en pleno relieve. A partir de él la experiencia de la enfermedad tratará de ilustrarse y el conocimiento fisiológico, en otro tiempo saber marginal para el médico y puramente teórico va a instalarse [...], en el corazón mismo de toda reflexión médica. Hay más: el prestigio de las ciencias de la vida del siglo XIX, el papel del modelo que éstas han tenido, sobre todo en las ciencias del hombre, no está vinculado primitivamente al carácter comprensivo y transferible de los conceptos biológicos, sino más bien al hecho de que estos conceptos estaban dispuestos en un espacio cuya estructura profunda respondería a la oposición de lo sano y de lo mórbido. Cuando se habla de la vida de los grupos y de las sociedades, de la vida de la raza, o incluso de la "vida psicológica," no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino en la bipolaridad médica de lo normal y lo patológico. La conciencia vive, ya que puede ser alterada, amputada, desviada de su curso, paralizada; las sociedades viven ya que hay en ellas enfermos que se marchitan, y otros, sanos, en plena expansión; la raza es un ser vivo que se degenera; y también las civilizaciones cuya muerte se ha podido comprobar tantas veces. Si las ciencias del hombre han aparecido en el prolongamiento natural de las ciencias de la vida, no es porque ellas estaban biológicamente subtensas, sino médicamente: se encuentra en su estructura de origen una reflexión sobre el hombre enfermo, y no sobre la vida en general, una reflexión presa en un problema de división más que en un trabajo de unificación, e íntegramente ordenada para el emparejamiento de lo positivo y de lo negativo. (1966, p. 61-62).

Ahora, con la pandemia del coronavirus y sus variantes, se ha puesto en cuestión la sobrevivencia del ser humano, no obstante, del avance científico y tecnológico. En esta nueva realidad aparece y redimensiona la tesis darwiniana de la selección natural; la que tiene una raíz biológica, pero inhumana, donde domina la supervivencia y la ley del más fuerte.

Lo que ha colocado en la picota a La Filosofía como metafísica fundante y declarado el fin del sujeto, de la historia, de los grandes discursos totalizadores. Es la caída de la conciencia racional del sujeto consciente, que interroga y duda, por método, sobre la realidad y el ente-ser, para ser presa de las formas y las relaciones de poder y dominio de las nuevas fantasías ideológicas del poder; donde los seres humanos son sólo mediaciones, objetos, cosas, mercancías; allí donde el neocapitalismo antepone la salud mundial, a los intereses del mercado y consumo; los países ricos y poderosos se han apropiado del derecho de posesión, dominio y control de la investigación científica y tecnológica; como es el caso, por ejemplo, de la distribución de las vacunas en el mundo; allí, donde la vida ética es infinita y valiosa; lo cual ha provocado, con la pandemia, mayor fragmentación y ruptura de los equilibrios sociales, políticos, económicos, culturales e ideológicos; se ha destruido el hábitat natural, la Naturaleza, la vida toda, de la Casa Común.

Esto es la lógica del desencanto por el mundo, lo que demanda transgredir las formas de organización social, de comunicación e información; es urgente reubicar y recuperar el sujeto histórico y el espacio temporal allí donde la vida acontece.

Pasar a la acción por lo general está mal visto: correspondería a un levantamiento brutal de la inhibición, y por lo tanto a un proceso psicótico. Parece que esta obsesión por el paso a la acción determina en la actualidad todos nuestros comportamientos: temor obsesivo a todo lo real, a cualquier acontecimiento real, a cualquier violencia real, a cualquier goce demasiado real. Contra esta obsesión por lo real hemos creado un gigantesco dispositivo de simulación que nos permite pasar de la acción in vitro [...]. A la catástrofe de lo real preferimos el exilio de lo virtual, cuyo espejo universal es la televisión. (Baudrillard, 2001, p. 16).

Ante todo, no es necesario declarar las pompas fúnebres de la filosofía, del sujeto, de la historia, de la realidad toda; sino más bien, del recomienzo de la filosofía moderna radical nuestroamericana y mundial; de reconocer que el pensamiento puro, como producto humano, no existe, sino que está imbricado, subsumido y devorado por la impureza de lo accidental, del acontecimiento. «La secularización de los procesos cognitivos exigen claramente mucho más tiempo del que fueron capaces de prever la mayoría de los positivistas del siglo XIX, los físicos de partículas del XX o los neurocientíficos de XXI». (Sloterdijk, 2013, p. 15).

Es decir, ahora ya no es posible hablar de pensamiento puro, ni de ciencia pura, sino de una relación dialéctica y dialógica de intercambios, inter y transdisciplinarios; menos aún, hablar de una filosofía fundada en la contemplación, en la vacua ensimismación, dentro de sí mismo, sin compromiso, ni responsabilidad ética con el mundo y con los otros(as). La hipotética neutralidad ideológica de la filosofía y de las ciencias naturales y sociales es insostenible, porque como producto humano, están permeadas, contaminadas por la ideología, las ciencias sociales y naturales. Esto nos recuerda al gran Epicuro, donde -para éste- el vivir pleno, solo es posible en la realidad praxológica de la vida y de la existencia, en la experiencia de vida en la naturaleza éticamente comprometida, responsable con la comunidad, lo que constituye el modo propio del ser humano en plenitud. (Epicuro, 1941).

Lo que bien entendido, puede ser una praxis dialógica y dialéctica de intercambios ejercitantes, del ejercicio del pensar en la practicidad del acontecimiento, con las otras(os) de las filosofías y las ciencias, más allá de los intereses del neocapitalismo, que busca el mercado y la ganancia; porque todo en éste se compra y se vende; solo tiene valor de uso y valor de cambio; pero lo que aquí se está proponiendo es contrario al neocapitalismo; porque ha de estar al servicio de los seres humanos, sin exclusión, de clase, color de piel, riqueza, género, como de las formas del ser y estar en el mundo.

Ante ello, el recurso ideológico de la pureza del pensar solitario, es falso; el pensar tiene un referente materialmente humano y social; porque una filosofía o ciencia sin relación intencional de comunicación, diálogo de intercambios teóricos, ontológicos y epistemológicos sobre el problema de la vida y el bien común, es inviable, concebirlo desde un pensar puro; porque requiere del ejercicio, de la práctica, de la actividad social comunitaria, productiva y ética.

5. CONCLUSIÓN

Ya no es posible hablar de un pensamiento puro, ni de ciencia pura, sino de una relación dialéctica y dialógica de intercambios, inter y transdisciplinarios; menos aún, hablar de una filosofía fundada en la contemplación, la hipotética neutralidad ideológica de la filosofía y de las ciencias naturales y sociales es insostenible, porque como producto humano, están permeadas, contaminadas por la ideología, las ciencias sociales y naturales, no es necesario declarar la muerte de la filosofía, del sujeto, de la historia, de la realidad toda; sino más bien, del recomienzo de la filosofía moderna radical nuestroamericana y mundial; de reconocer que el pensamiento puro, como producto humano, no existe, sino que está imbricado, subsumido y devorado por la impureza de lo accidental, del acontecimiento el recurso ideológico de la pureza del pensar solitario, es falso; el pensar tiene un referente materialmente humano y social; porque una filosofía o ciencia sin relación intencional de comunicación, diálogo de intercambios teóricos, ontológicos y epistemológicos sobre el problema de la vida y el bien común, es inviable, concebirlo desde un pensar puro; porque requiere del ejercicio, de la práctica, de la actividad social comunitaria. La nueva realidad de la "normalidad," antes como ahora, pero con mayor fuerza ahora, requiere con urgencia de una ética mundial incluyente de todos los seres humanos. Ya no es el mercado global el que plantea como alternativa la posibilidad de una ética mundial incluyente, porque ese no ha sido el propósito; allí donde los seres humanos sin exclusión de nadie ni de nada de la naturaleza; contrario a esto, el neocapitalismo considera a la ética mundial de reciprocidad equilibrada y justa, como atentatorio a la economía del mercado y la ganancia mundial, es importante replantear y refundamentar una ética mundial, no obstante, las grandes tensiones existentes entre la pluralidad de las tradiciones éticas y la posibilidad de una ética mundial, racional, incluyente y común, universalizable, que reconozca al ser humano, a todo ser humano, como ser libre y autónomo, que demanda respeto y reconocimiento de la dignidad e integridad como persona; a la vez, de autorrespeto y autorreconocimiento, es decir, hacer un pronóstico sobre la posibilidad de futuro de los entes-seres, de los seres vivos y de la naturaleza; repensar el problema sin ideologías impuestas, preestablecidos, sino más bien, planteadas con un horizonte común, como es la defensa de la vida humana, la sobrevivencia del ser humano y la vida en el planeta; porque en esto nos va la existencia y el futuro de la humanidad.

REFERENCIAS

- Baudrillard, Jean. (2001), *La guerra del Golfo no ha tenido lugar*, Editorial Anagrama.
- Foucault, Michel. (1966). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI.*
- _____. (1987). *Hermenéutica del sujeto. Las ediciones de la Piqueta.*
- _____. (2002). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el College de France (1981-1982).* FCE.
- Hegel, G. F. (1975). *Filosofía del derecho.* UNAM.
- _____. (1968). *Enciclopedia de las ciencias filosóficas en compendio. Para uso de sus clases.* Alianza Universidad.
- Nietzsche, Friedrich. (2017) *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral y otros fragmentos de la filosofía de conocimiento.* Tecnos,

- Prieto, Laura Cristina. (2021). Pandemia: a 500 años de la Caída de Tenochtitlán, Tangerinas y cetáceos, 05 de agosto, en <https://tangerinasycetaceos.wordpress.com>
- Roig, Arturo Andrés. (1973). Bases metodológicas para el tratamiento de las ideologías, en *Hacia una filosofía de la liberación latinoamericana*. Editorial Bonum.
- Skolimowski, Henryk. (2017). *Filosofía viva: La ecofilosofía como árbol de la vida*. Atlanta.
- Sloterdijk, Peter. (2013). Muerte aparente del pensar. Sobre la filosofía y la ciencia como ejercicio. *Unsel Lecture*. Siruela.
- Ulrich, Peter. (2006). Ética y economía mundial. Una perspectiva ético-económica, en Hans Küng y Karl-Josef Huschel (editores), *Ciencia y ética mundial*. Editorial Trotta.

Políticas públicas y mujeres organizadas: análisis a partir del escenario progresista en Uruguay

Public policies and organized women: analysis from the progressive scenario in Uruguay

MTRA. FIORELLA PAOLA NESTA GARGANO

Universidad de la República, Montevideo, Uruguay(fnesta@psico.edu.uy)(<https://orcid.org/0000-0002-1791-0241>)

RESUMEN

El presente artículo da cuenta de algunos resultados producto de la investigación financiada por el Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República, titulada: "Participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil en Políticas Públicas Sociales que abordan Violencia Doméstica, en Uruguay"; (2015-2016). La investigación se centra en la descripción y análisis de la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil en las políticas públicas existentes en Uruguay desde el 2005 al 2015, que se vinculan a la violencia doméstica. A partir del nuevo escenario socio político que se instaura en Uruguay a partir del año 2005 con la instalación del primer gobierno Progresista, comienzan nuevas configuraciones de lucha por los derechos de las mujeres.

ABSTRACT

This article presents some results of product research funded by the Interdisciplinary Area of the University of the Republic, entitled "Participation of Civil Society Organizations in Social Public Policies addressing Domestic Violence in Uruguay";(2015-2016) enrolled in the Interdisciplinary Center for Critical Thinking in Latin America and collective subjects. The research focuses on the description and analysis of the participation of the Organizations of Civil Society Organizations in social policies existing in Uruguay from 2005 to 2015, which are linked to domestic violence. From the new socio political scenario that is established in Uruguay since 2005 with the installation of the first Progressive government, begin new configurations of struggle for women's rights.

PALABRAS CLAVES / KEYWORDS

Organizaciones, sociedad civil, incidencia, violencia doméstica, políticas públicas, derechos de las mujeres. / Organizations, civil society, incidence, domestic violence, public policies, women's rights

1. INTRODUCCIÓN

Con la llegada de la izquierda al gobierno en Uruguay (2005), se instaura un escenario político diferente incluso a los anteriores electos desde la recuperación del orden democrático. Como expresan Giorgi, Rodríguez & Rudolf, (2011), los gobiernos progresistas han propuesto un nuevo contrato social basado en la corresponsabilidad. Al mismo tiempo propone recuperar el rol del Estado como principal rector de políticas públicas, estimulando la participación ciudadana relegada en los diseños de políticas públicas de corte neoliberal. Generar espacios de incidencia política emerge como una forma de fortalecer la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre políticas públicas.

Desde el 2005 a la fecha, Uruguay cuenta con un total de 18 políticas públicas orientadas a la violencia doméstica, que operan a nivel nacional; 7 corresponden al Ministerio de Desarrollo Social (INMU-JERES); 2 corresponden al Ministerio de Salud Pública; 4 al Ministerio del Interior y 5 a la Intendencia de Montevideo. En distintos niveles las políticas públicas están articuladas con acciones de las Organizaciones de la Sociedad Civil (en adelante: OSC) y en todos los casos tienen como principal objetivo erradicar la violencia basada en género, cuya principal manifestación en Uruguay es la violencia doméstica. De la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (2013), surge que 7 de cada 10 mujeres mayores de 15 años manifestaron haber vivido alguna situación de Violencia de Género en su vida. Mientras tanto, en el primer semestre del 2015 el Ministerio del Interior recibió 16.199 denuncias por Violencia Doméstica, 1 denuncia cada 16 minutos, según datos brindados por el Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

La participación ciudadana es entendida como un proceso social que nace de necesidades y problemáticas en un determinado tiempo socio histórico, funciona como herramienta para la construcción, sostenimiento y profundización de las democracias, y supone un grado de incidencia en la vida colectiva (Ferullo, 2006). La misma autora sostiene que la participación supone una afectación del sujeto, en la construcción, inclusión, producción y compromiso; característica que permite visualizar el proceso como una herramienta de producción

humana. De manera similar, la definición de participación de A. Escobar, (2004) nos remite a:

(...) el involucramiento e incidencia de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones, en temas y actividades que se relacionan al desarrollo social, político y económico, así como el involucramiento en la ejecución de dichas decisiones, para promover, en conjunto con actores sociales e institucionales, acciones, planificaciones y decisiones hacia el Estado (p.103)

M. De Lellis (2006), plantea que las políticas públicas son «un conjunto de iniciativas, decisiones, acciones u omisiones que adopta el Estado y las organizaciones sociales de manera simultánea o secuencial en el tiempo, tratando de resolver situaciones que dichos actores juzgan problemáticas» (p.126). Profundizando en esta misma línea encontramos que V. Giorgi, (citado en A. Rodríguez, 2013), las entiende como: «reproductoras y productoras de subjetividad, no sólo porque expresan las creencias, los valores, los sentidos producidos en un momento socio-histórico dado, sino también porque, en tanto mediadoras entre lo macro y lo micro, participan de la configuración de las relaciones sociales en el ámbito de lo público y en la vida privada» (p. 3).

En este sentido, podemos retomar el planteo de Ana Ferullo sobre participación para comprender lo expresado por Giorgi (2006) «cuando los sujetos adquieren una identidad social que les permite expresarse a través de sus colectivos y adoptar posturas activas en pro de la defensa o restitución de sus derechos, se opera una inclusión en la dinámica social» (p.4). Por lo tanto, los procesos de democratización del aparato del Estado generan la creación de instancias de participación ciudadana en las diferentes fases de elaboración e implementación de las políticas públicas (Escobar, 2004).

2.2. LAS ORGANIZACIONES Y SUS ESCENARIOS DE INCIDENCIA POLÍTICA

El concepto de OSC, deviene de múltiples definiciones siendo utilizado a lo largo de las diferentes épocas como sinónimo de organización no gubernamental o tercer sector, entre otros. Andrews y Edwards (citado en M. Leiras, 2007), entiende que son «organizaciones que desarrollan estrategias respaldadas en argumentos de interés público para promover o resistir cambios sociales que, si se implementan, estarían en conflicto con los intereses o valores sociales, culturales, políticos o económicos de otros grupos u organizaciones». C. Midaglia, et al., (2009) entienden que son concebidas como: «grupo compuesto por organizaciones de naturaleza privada, que se autogobiernan, y tienden a ubicarse entre el Estado y los segmentos de la población que poseen algún tipo de dificultad para generar acción colectiva» (p. 7).

Uruguay transitó por un período de terrorismo de Estado (1973-1985), mediante la instauración de un régimen militar, implicando la privación de las libertades y exclusión social de amplios sectores de la población. Durante este período se proscribieron y se prohibieron las formas tradicionales de asociación, agrupación, partidos políticos, y sindicatos. En la transición a la democracia, las OSC jugaron un papel importante y tuvieron una incidencia en el proceso de reconstrucción de la democracia (Civicus, 2010). García, (2003), expresa que es en ese contexto de autoritarismo donde emerge, desde las organizaciones sociales, una cultura alternativa basada en proyectos democráticos, antiburocráticos y de raíz comunitaria.

Luego de 30 años de recuperada la democracia en Uruguay, las OSC han ido acompañando los diferentes procesos y coyunturas. En tanto, generar espacios de incidencia política es una forma de fortalecer la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre políticas públicas, en la medida en que las OSC van avanzando con el logro de este objetivo, se van transformando las relaciones de poder entre las instituciones del Estado y la ciudadanía hacia un modelo más democratizador (WOLA, 2005).

Se entiende por incidencia política de las OSC:

Proceso deliberado y sistemático que contempla la realización de un conjunto de acciones políticas de la ciudadanía organizada, dirigidas a influir en aquellos que toman decisiones sobre políticas mediante la elaboración y presentación de propuestas que brinden soluciones efectivas a los problemas de la ciudadanía, con la finalidad de lograr cambios específicos en el ámbito público que beneficien a amplios sectores de la población o a sectores más específicos involucrados en el proceso (Pozos, 2005, p.15).

Acuña, (2007), plantea que «la magnitud de la incidencia de las OSC dependen de sus recursos y de las oportunidades que el contexto político ofrezca para acumularlos y desplegarlos» (p.82). Siguiendo los planteos del autor, las OSC logran incidir cuando poseen objetivos claros que requieren intervenciones particulares dependiendo de la etapa de la política que se trate (Acuña, 2007).

2.3 DERECHOS DE LAS MUJERES Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

Los modos de ejercicio del abuso de poder son complejos y se instalan en la construcción subjetiva de los sujetos y los colectivos sociales; produciendo procesos de naturalización y acomodación imperceptibles, no consientes, y subjetividades que se reproducen, estableciendo diversos modos de dominación naturalizados. La violencia es el ejercicio abusivo del desequilibrio de poder el cual genera daño, lesión y vulneración de derechos. Molas señala que, «(...) la violencia en la familia es el ejercicio del abuso de las relaciones inequitativas en términos de poder, relaciones pre-establecidas por el social histórico. La matriz de lo que hoy denominamos como violencia familiar es la familia patriarcal» (2012. p. 83).

Así mismo, entiende que la visibilidad del fenómeno de la Violencia Doméstica (en adelante VD), se dio fundamentalmente por las manifestaciones generadas por los movimientos de mujeres en los procesos de la lucha por sus derechos. En ámbitos internacionales se destaca como un paso importante en la visibilización de los derechos de las mujeres La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979 - ratificada por Uruguay en 1981). Posteriormente La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belém do Pará, 1994 - ratificada por Uruguay en 1995), es el primer tratado que reconoce que "toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado" (Art.3). Tal como lo expresa la Convención «los Estados partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia» (Art.7).

En Uruguay la Ley N° 16.707 de Seguridad Ciudadana (1995) incluye por primera vez el

delito de violencia doméstica en el ámbito penal (Art. 321 bis). Más adelante se sanciona la Ley N° 17.514 «Ley de prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia doméstica» (2002), en la cual se establece que:

Constituye violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho (Art. 2).

Corresponde situar la noción de violencia doméstica como una violación de los derechos humanos y entenderla como una de las formas de la violencia basada en género. Esto es definido en el Art. 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en Contra de la Mujer (ONU, 1993) como: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada» (p.2).

La relación entre violencia basada en género, violencia hacia las mujeres y violencia doméstica se organiza en torno al ejercicio desigual de poder y las consecuencias de este entre varones y mujeres. Lamas (2000), aporta que por género se entiende: «El conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y lo que es “propio” de las mujeres (lo femenino)» (p.2).

De la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (2013), surge que 7 de cada 10 mujeres mayores de 15 años manifestaron haber vivido alguna situación de Violencia de Género en su vida. Mientras tanto, en el primer semestre del 2015 el Ministerio del Interior recibió 16.199 denuncias por Violencia Domestica, 1 denuncia cada 16 minutos, según datos brindados por el Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Analizar la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil en la construcción de Políticas Públicas Sociales que abordan la violencia doméstica; a partir del año 2005 en adelante, en Uruguay.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar las Políticas Públicas que abordan la violencia doméstica, desde el 2005 a la fecha.
2. Caracterizar a las Organizaciones de la Sociedad Civil que abordan el tema de violencia doméstica en Uruguay.
3. Conocer cómo funciona la RUCVDS, para efectivizar los derechos de las mujeres.

4. Identificar las estrategias que las Organizaciones de la Sociedad Civil ponen en juego, para incidir en el diseño y la implementación de Políticas Públicas Sociales que abordan la violencia doméstica.
5. Identificar los resultados de la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil en cuanto a la incidencia en las Políticas Públicas, vinculadas a la violencia doméstica.

4. ESTRATEGIA METODOLOGICA

La investigación consistió en un estudio de tipo cualitativo, en el que se emplearon dos técnicas para la recolección de la información.

Se realizó revisión bibliográfica y documental de aquellos escritos que brindaban información sobre la formulación de políticas públicas sociales, vinculadas a la VD desde el 2005 en adelante. Posteriormente se realizó revisión bibliográfica y documental sobre las Organizaciones de la Sociedad Civil que se vinculaban a violencia doméstica.

Se realizó relevamiento y sistematización de políticas públicas vinculadas a la violencia doméstica en nuestro país, desde el 2005 al 2015, se procedió mediante la lectura transversal al análisis de las mis-mas utilizando criterios definidos a priori. La segunda técnica fue la entrevista en profundidad a dos informantes calificados/as (A:1; A:2) que trabajan la temática de violencia doméstica, mediante una pauta-guía previamente establecida con las dimensiones más relevantes. Posteriormente se realizaron 4 entrevistas a los/as integrantes de una muestra heterogénea (B:1; B:2; B:3; B:4). La estrategia de conformación de la muestra fue articular a OSC de 4 décadas diferentes (80, 90, 2000 y 2010), se tuvo en cuenta el tipo de actividad que realiza la OSC, el tipo de integración y la población destinataria. Se procedió a utilizar como técnica de análisis, el análisis de contenido. A partir del mismo se construyeron un total de 12 categorías de análisis y se procesaron los datos desde el software Atlas Ti versión 7, año 2014.

Los hallazgos de la investigación se sustentan a partir de evidencia empírica recogida en los diferentes documentos analizados. Se realizó una revisión de un total de 80 documentos, entre ellos artículos, leyes, políticas públicas, normativas, del 2005 a la fecha. Se analizó la información teniendo en cuenta: los objetivos, sus modalidades de intervención, la perspectiva del problema y la participación de las OSC. Asimismo, se analizó documentación referida a las OSC que integran la RUCVDS, brindadas por sus integrantes y mediante búsquedas en internet.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS POLÍTICAS PUBLICAS QUE ABORDAN LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA DÉCADA PROGRESISTA

Siguiendo los planteos que hace la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009), existen para la implementación de políticas públicas dos tipos de medidas: 1. Legislativas: leyes nacionales o disposiciones originadas de entes legislativos. 2. Políticas: planes de gobierno, resoluciones ministeriales, programas sectoriales, proyectos, y otras disposiciones de los gobiernos locales. En este sentido existen diferentes niveles estratégicos donde operan las PPS: Planes, Programas y Proyectos; entendiendo por plan a todas aquellas ideas que van a orientar el resto de los niveles de planificación, determinando prioridades y criterios. El programa concreta los objetivos y los temas prioritarios del plan, ordenando los recursos disponibles en torno a las acciones y objetivos que mejor contribuyan a la obtención de las estrategias marcadas; y por último el proyecto, este es el nivel operativo del proceso, se logra mediante una intervención concreta, para hacer realidad las acciones contempladas en el nivel anterior (UNISEF, 2012). Dicha Organización establece tres ámbitos en donde se desarrollan políticas sobre violencia: políticas vinculadas a la igualdad de género, políticas vinculadas a la violencia de género y políticas que tratan específicamente la violencia doméstica. En este caso nos vamos a enfocar a las que se dedican a violencia doméstica.

Siguiendo el planteo de una integrante de OSC entrevistada, en relación a las PPS: «... no cambian la vida de las personas. Hemos avanzado en legislación, hemos avanzado en protocolos de actuación, hemos avanzado en sensibilización y concientización, pero no hemos avanzado en realmente cambiar la vida de las personas...» (B:2).

5.2 POLÍTICAS PÚBLICAS Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

Desde el 2005 a la fecha, Uruguay cuenta con un total de 18 políticas públicas orientadas a la violencia doméstica, que operan a nivel nacional; 7 corresponden al Ministerio de Desarrollo Social (INMUJERES); 2 corresponden al Ministerio de Salud Pública; 4 al Ministerio del Interior y 5 a la Intendencia de Montevideo. A nivel Departamental solo se relevó a la Intendencia de Montevideo, y no las Intendencias del resto del país.

Según el diagnóstico de situación sobre las respuestas para atender la situación de violencia con-tra la mujer en el ámbito doméstico: Diagnóstico sobre las respuestas del Estado ante la violencia contra las mujeres en Uruguay (2011) Llevado a cabo por INMUJERES y la Facultad de Ciencias Sociales (Ude-laR), a nivel Departamental se destaca la participación desde la Intendencia de Montevideo (IM), al ser los primeros que han generado programas orientados a la igualdad de género en el país, estableciendo una relación con el hecho de que desde el año 1990 gobierna la coalición de izquierda.

En este contexto del 2005 al 2015 desde la IM se trabaja con un total de 5 PPS. La primera acción fue la instalación del Servicio Telefónico de Ayuda y Orientación a la Mujer en Situación de Violencia Doméstica (1991); luego en 1996 se crea el programa Comuna Mujer; instalando los servicios de Atención psico-social y jurídica en 11 zonas de la capital. Se incluyen estas PPS ya que continúan hasta la actualidad. Por otra parte, la IM ha implementado el 2° Plan de Oportunidades y Derechos entre Mujeres y Varones (2007) y el 3° Plan de Igualdad de Género (2014).

Desde INMUJERES se gestionan diferentes líneas de acción enfocadas a la violencia doméstica, los Servicios públicos de Atención a Mujeres en situación de Violencia basada en Género (2009) brindan asistencia psico-social y jurídica a mujeres; funcionan en los

19 Departamentos. A su vez, ofrece Alternativas Habitacionales para Mujeres en situación de Violencia Doméstica (2009), mediante un convenio con el Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. Para la solución habitacional se le otorga una garantía de alquiler y un subsidio, durante un período de hasta dos años. Por otra parte, crea la Casa de Breve Estadía (CBE), funcionando desde el año 2012, alojando y protegiendo a las mujeres con riesgo de vida, así como de acompañarlas a transitar el momento de crisis que supone poner fin a la situación de violencia doméstica. Las tres acciones mencionadas funcionan mediante la cogestión con OSC. En otro aspecto, desde el año 2010 se crea un Protocolo de atención para los servicios especializados de atención a mujeres en situación de violencia doméstica de INMUJERES.

Desde el 2012 funciona el Servicio Público de Atención a Personas que tengan dispuesta la medida de uso de las tecnologías de presencia y localización en situaciones de Violencia Doméstica con alto riesgo de Vida (Tobilleras). Este servicio cuenta con dos equipos técnicos multidisciplinarios, uno trabaja en la atención a mujeres y el otro en la atención a varones, funciona en la órbita de INMUJERES. En 2015 presenta desde el CNCLCVD un Plan de acción (2016-2019) por una vida libre de violencia de género, con una mirada generacional.

Desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), se desarrollan diferentes estrategias para el tratamiento de la problemática; en 2005, se crea el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, donde se definen estrategias prioritarias para el tratamiento de la violencia doméstica. En el año 2006 se incorpora el Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer-Guía de Procedimientos para el Primer Nivel de Atención en Salud, conteniendo a su vez un formulario de pesquisa sobre VD incluido en la historia clínica. Por otra parte, se conformaron Equipos de Referencia, en instituciones públicas y privadas para la atención de la problemática.

Por su parte, el Ministerio del Interior ha contraído las recomendaciones de la Ley N° 17.514, en la implementación de las Unidades Especializadas en VD (UEVD), existiendo un total de 45 unidades en todo el país. A su vez, a partir del Decreto 317/10 del año 2010 se genera una Guía de procedimiento policial, actuaciones en VD y de género. Del mismo modo implementan un Protocolo de actuación para la implementación de tecnologías de verificación de presencia y localización de personas en casos de alto riesgo en VD (2011), y un Protocolo de gestión de la información en VD (2012).

5.3 MEDIDAS LEGISLATIVAS

De las lecturas realizadas se observa que, en materia de violencia doméstica, Uruguay cuenta con 5 acciones legislativas.

En el año 2002, se aprueba la Ley N° 17.514 para la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la VD. En el marco de la Ley se crea el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica (CNCLCVD), que desarrolla el primer Plan de Lucha contra la Violencia Doméstica (2004-2010). En 2004 la Ley N° 17.707 crea los Juzgados de Familia Especializados en VD.

En el 2007, la Ley N° 18.104 (Igualdad de Oportunidades y Derechos), encomienda a INMUJERES la creación del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Hombres

y Mujeres (2007-2010). En 2008, se aprueba la Ley N° 18.315 de Procedimiento Policial en VD, y en 2011 la Ley N° 18.850, que establece una pensión no contributiva para hijos de personas fallecidas por VD.

La Ley N° 17.514 dispone en el capítulo IV medidas de protección: «disponer la asistencia obligatoria del agresor a programas de rehabilitación» (Art.10 Inciso 7). En su artículo VII prevención de la violencia doméstica y promoción de la atención integral a la víctima, se expresa que: «la rehabilitación y la reinserción social del agresor, deberán formar parte de una política que procure proteger a todas las personas relacionadas. La asistencia y el tratamiento deberán ser instrumentos de esta política» (Art. 23). En este sentido, se comenzaron a implementar PPS referidas a varones agresores; se destacan tres servicios destinados a esta población: desde la IM (Servicio de atención a varones que deciden de ejercer violencia” en cogestión con la ONG: Centro de Estudios sobre Masculinidades y Genero); desde el Ministerio del Interior (Protocolo de actuación para la implementación de tecnologías de verificación de presencia y localización de personas en casos de alto riesgo de violencia doméstica) y de INMUJERES (Servicio público de atención a personas que tengan dispuesta la medida de uso de la tecnología de presencia y localización, en situaciones de violencia con alto riesgo de vida).

En síntesis, podríamos reorganizar las políticas públicas que abordan la violencia doméstica en función de: 1) políticas de atención directa y abordaje en situaciones de violencia; 2) políticas destinadas fundamentalmente a la incorporación de soluciones habitacionales; 3) protocolos de seguimiento e instalación de dispositivos de intervención; 4) sector salud y su incorporación de equipos técnicos de referencia.

En los documentos analizados de PPS en Uruguay, encontramos que se contemplan los tres ámbitos propuestos por la OPS.

¿Cuál es la perspectiva de las participantes de la investigación en relación a estas políticas públicas?

Según la RUCVDS (2015), entre sus propuestas en materia de PPS, se deben de diseñar y ejecutar políticas públicas dirigidas a producir cambios culturales para la democratización de las relaciones entre género y generaciones.

Una de las entrevistadas expresa en relación a las PPS existentes: «...no cambian la vida de las personas. Hemos avanzado en legislación, hemos avanzado en protocolos de actuación, hemos avanzado en sensibilización y concientización, pero no hemos avanzado en realmente cambiar la vida de las personas...» (B:2). En referencia a las medidas legislativas, la RUCVDS (2015) opina que «Este conjunto de normas no configura una legislación integral (...) el derecho nacional mantiene estereotipos de género que discriminan a las mujeres» (p.13). En una de las entrevistas se expresa:

El que más ha avanzado en todos estos años ha sido el Ministerio del Interior aunque parezca mentira, en dar respuestas con distintas herramientas, estrategias, ha asumido el compromiso (...) el compromiso de los Ministerios mejoraría si todos cumplieran con las herramientas que tenemos hoy, mejoraría sustantivamente, pero no es la respuesta ideal de una mirada integral de la problemática... (B:1).

Las mujeres entrevistadas marcan una diferencia en el modo de funcionamiento de las

PPS del 2005 a la fecha. En relación a las OSC que trabaja con varones señalan “tímidos” avances en la materia, marcando la importancia de generar políticas que trabajen la sensibilización en aquellos tomadores de decisiones, fundamentalmente.

Tabla 1: Políticas públicas y medidas Legislativas en Uruguay desde el 2005-2015.

Planes	<ul style="list-style-type: none"> Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Domestica. 2º Plan de Oportunidades y Derechos entre Mujeres y Varones. Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Hombres y Mujeres. 3º Plan de Igualdad de Género. Plan de acción (2016-2019) por una vida libre de violencia de género, con una mirada generacional.
Programas	<ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de la Mujer y Género. Programa por una ciudad libre y segura, libre de Violencia de Género. Programa de Atención a varones que deciden dejar de ejercer violencia.
Proyectos	<ul style="list-style-type: none"> Servicios públicos de atención a la mujer en situación de VD de INMUJERES y IM. Alternativas habitacionales para mujeres en proceso de salida de situaciones de VD. Servicio Público de Atención a Personas que tengan dispuesta la medida de uso de las tecnologías de presencia y localización en situaciones de Violencia Doméstica con alto riesgo de Vida (Tobilleras). Proyecto CBE. Atención a varones que deciden dejar de ejercer violencia. Unidades Especializadas en VD (UEVD). Guía de procedimiento policial, actuaciones en VD y de género. Protocolo de actuación para la implementación de tecnologías de verificación de presencia y localización de personas en casos de alto riesgo en VD. Protocolo de gestión de la información en VD.
Medidas Legislativas	<ul style="list-style-type: none"> 2004 - Ley N° 17.707 2007 - Ley N° 18.104 2008 - Ley N° 18.315 2011 - Ley N° 18.850

Fuente: elaboración propia

5.4 NUEVAS CONFIGURACIONES EN JUEGO: LA DÉCADA PROGRESISTA

Con la llegada de la izquierda al gobierno en Uruguay a partir del 2005 se instaura un escenario político, en donde lo manifestado por muchas OSC durante muchas décadas, estaba a punto de poder concretarse con la asunción de “nuestro gobierno”, expresado por una integrante de la sociedad civil.

Giorgi, Rodríguez & Rudolf, (2011), sostienen que: «Los gobiernos progresistas han propuesto un nuevo contrato social basado en la corresponsabilidad, para lo cual estimularon la participación social en la búsqueda e implementación de respuestas a las graves problemáticas de exclusión e inequidad características de las sociedades pos neoliberales»

(p. 418).

Garretón (2012), plantea que el Progresismo:

Se trata, en esencia, de una corriente no homogénea que buscaba plantear alternativas al discurso del “pensamiento único”, como se caracterizó la hegemonía cultural neoliberal y el acallamiento de toda crítica. Al finalizar la década del noventa, debilitados el pensamiento y las políticas más ortodoxas de la izquierda clásica tras la caída de los socialismos reales, y ante el fracaso de los ajustes y políticas neoliberales, resurgió en el debate social y político occidental la pregunta sobre las posibilidades de compatibilizar la profundización de las democracias con el desarrollo del mercado capitalista (p.41).

Aquí la matriz “Estado-OSC” (Olesker, 2013) se funde de nuevas tensiones y limitaciones. La asunción del Progresismo propone la intención de recuperar el rol del Estado como principal rector de PPS. Según Olesker (2013), no existían niveles de coordinación y la protección social, era simplemente una sumatoria de prestaciones, colapsadas desde el punto de vista presupuestal. Comenzar a reconstruir los espacios fue el desafío de la coalición de izquierda, «Conformando una “Matriz de protección social en Uruguay”, un sistema que avanza con sistemas universales que dan derecho a todas las personas, con acciones focalizadas y afirmativas que se basan en un conjunto acotado, no solapado y articulado de programas y con propuestas de trayectorias entre programas y sistemas» (Olesker, 2013, p.11).

En este sentido, se crea en 2005 el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), responsable de las políticas asistenciales nacionales. Instalando dentro de su órbita al Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), cuyos cometidos principales son: ejercer, como ente rector de las políticas de género, en la promoción, diseño, coordinación, articulación, ejecución, así como el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas; garantizar el respeto de los derechos humanos de las mujeres, integrando la igualdad de oportunidades y derechos a los derechos políticos, económicos sociales y culturales; y velar por el cumplimiento de los compromisos internacionales que el país ha suscrito en materia de género y realizar y ejecutar, dentro de sus posibilidades financieras, los convenios internacionales de cooperación vinculados a dicho cumplimiento. Posee entre sus líneas estratégicas: la lucha contra la violencia de género y generaciones. Entre sus áreas de trabajo destacamos el de Políticas Públicas contra la Violencia Basada en Género, contribuyendo al diseño, implementación y monitoreo de la política pública de enfrentamiento a la violencia hacia las mujeres, desde una perspectiva de derechos humanos y género, en consonancia con los compromisos regionales e internacionales.

Las prioridades en relación a temas vinculados al género, a partir de la asunción de un gobierno Progresista, posibilitó una diversidad de visiones, en cuanto a las perspectivas propuestas desde los diferentes espacios desde donde se gesta esta fuerza política de izquierda. En el siguiente argumento expresado por un integrante de OSC, expresa: «El ingreso de un gobierno de izquierda marcó un escenario de expectativa, se abrieron algunos espacios de diálogo Estado-Sociedad Civil, y se estableció un clima de apertura a la espera de la concreción de las políticas anunciadas. Esto se cumplió en la relación con Inmujeres en el primer periodo, bastante menos en el segundo, y por ahora con el tercer período ya iniciado, el panorama parece poco promisorio» (A:1).

La conformación socio histórica de la fuerza de izquierda, se dio fundamentalmente por el ciclo de luchas sociales que ha encabezado, generando sucesivos posicionamientos

éticos e ideológicos, generando desde sus adherentes un “escenario de expectativa”. En este sentido, tal como expresa Falero, (2006), el “fin” de luchas sociales no significa la inexistencia de conflictos, sino la incapacidad para conformar un nuevo arco de expresiones sociales, en donde la participación ciudadana es una de las herramientas directas para establecer puentes entre diferentes actores.

Los primeros años de gobierno según Castro, et al., (2015), han sido de “desmovilización” y “pasivización”; en este sentido retomando alusiones generadas por integrantes de las OSC, encontramos similitudes.

Otro de los ejes que surgieron a partir de los aportes brindados por representantes de las OSC, es la denominada cooptación por parte de los servicios del Estado de los técnicos especializados en la temática. Un representante de una OSC se refería a lo mencionado de la siguiente manera: «...se llevaron a casi todos. Personas con las que trabajábamos codo a codo pasaron al otro lado del mostrador, y te daba hasta rabia hablar con ellos, si teníamos la confianza para preguntarles. Bueno ¿qué pasó con aquello que pensábamos juntos?» (A:2)

En este sentido, podemos decir que se han reforzado las estructuras Estatales debido a la migración de técnicos especializados, desde las OSC hacia el Estado; conformando de esta manera una nueva configuración de la OSC-Estado, generando “malestares” por un lado, y capacidad idónea por el otro.

5.5 ENTRE DEBILIDADES Y FORTALEZAS, LA COYUNTURA ACTUAL ENTRE LAS OSC Y EL ESTADO PROGRESISTA EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Tomando los planteos de Oliver, (2015) quien parte de la teoría de Marx y Engels (1846) sobre la noción de Estado, y la define como «sociedad política y sistema político o conjunto de relaciones político-institucionales (...) y conjunto orgánico de poder que articula y entrelaza la sociedad política y la sociedad civil» (p.73). Las tensiones y conflictos entre sociedad y Estado se entienden mejor cuando asumimos como referencia analítica los siguientes dos elementos: la relación de fuerzas histórico-políticas, y el equilibrio político, cultural e institucional (Oliver, 2015). La proliferación de ONG´s que surgieron en la región, a consecuencia del papel atribuido por el Estado en la implementación de políticas públicas neoliberales, generó una reconfiguración en el rol de las OSC. (Dagnino, Olivera, & Panfichi, 2006). Uno de los nudos críticos que emergen en este contexto de reconfiguración se relaciona con la relación con el Estado, en tanto para incidir en la realización de políticas públicas se enfrentan a la constante necesidad de establecer convenios con el propio Estado. Los aportes realizados por integrantes de OSC, destacan lo siguiente: «La sociedad civil tiene sus debilidades, esto de “conveniar” con el Estado es una debilidad. Si mirás en otros países lo hacen sí, pero le dan otra fuerza a la sociedad civil...» (B:2)

Una de las variables involucradas en la relación entre Estado y OSC, es el lazo económico, mediante el cual se establecen convenios y garantiza en cierta medida una continuidad en los servicios brindados. El nudo crítico de esta relación se encuentra en el tipo y eficacia del servicio que se desea brindar: “...gestionamos más de 15 años el servicio, pero nos retiramos justamente porque no estábamos de acuerdo con la pauperización que se estaba haciendo

de la política, que en un principio era muy promisorio, porque justamente la instalación de un servicio de esas características requiere de un trabajo de sensibilización, concientización de toda la problemática en el territorio donde se gestiona” (B:2).

Se podría decir entonces, que cuando las OSC comienzan a gestionar servicios del Estado se observan en ellas las mismas prácticas instituidas. Coincidentemente con Rivero, (2007), destaca que: «a las asociaciones no solo se les transfiere el dinero para la implementación de estas políticas, sino que también se les transfiere el mandato social, que incluye a esa política social, y que anteriormente asumía el Estado» (p.4). Por lo tanto, esto conlleva a que «el actor político en realidad pasa a ser un instrumentador y no un decisor» (p.4).

5.6 LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL QUE ABORDAN LA VIOLENCIA DOMÉSTICA, EN URUGUAY.

Las relaciones existentes entre el Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), forman parte de un entramado de relaciones, cobrando gran visibilidad en los últimos 30 años. Los procesos sociales en los que intervienen las OSC funcionan según Acuña, (2007), como catalizadores del proceso de democratización: la sociedad civil debilita a los gobiernos autoritarios, y es en ese sentido donde se promueve el proceso democrático. Para ello, es fundamental focalizarnos en las OSC que han participado en la mayoría de los logros hoy consagrados en materia de derechos hacia las mujeres.

La Red Uruguaya Contra la Violencia Doméstica y Sexual (RUCVDS)

En el año 1992 se crea la RUCVDS, opera nucleando y articulando a varias OSC que desarrollan acciones fundamentalmente de incidencia política. Además, trabajan en otras áreas de incidencia: atención, promoción, capacitación, investigación y sensibilización, con el fin de la erradicación de la violencia doméstica y sexual hacia mujeres, niños niñas y adolescentes (NNA), desde el enfoque de derechos humanos y género. «El trabajo de incidencia es de todas las OSC, el fundamento de la Red entre sus objetivos es la incidencia en todo lo que es la política. Todo lo que hoy es política pública ha sido un trabajo de varias décadas de la Red, de las organizaciones de la Red. Ese es el motor, trabajar la incidencia» (A:2).

En su accionar se proponen:

contribuir a un mejor conocimiento y comprensión por parte de la sociedad y sus operadores del fenómeno de la Violencia Doméstica y Sexual y sus consecuencias en la sociedad; presionar al Estado para que respete las convenciones y compromisos internacionales ratificados, y que formule una política pública integral contra la Violencia Doméstica y Sexual que implique prevención, diagnóstico y atención; incidir en las políticas públicas sobre el tratamiento del tema para que se aborde desde una perspectiva de género (RUCVDS, 2005, p. 7).

Actualmente integran la Red, 38 OSC, de las cuales 22 son de Montevideo y 16 del interior del país. Del total (38), 6 se dedican a la atención de NNA y 1 se dedica al trabajo con varones que deciden dejar de ejercer violencia. La mayoría trabaja con mujeres jóvenes y adultas.

La génesis de las OSC vinculadas a los derechos de las mujeres, que integran la RUCVDS, se encuentran caracterizadas fundamentalmente por: A) Su creación a partir del regreso del exilio de muchas mujeres, lo que hizo que de manera organizada comenzaran a luchar por derechos, instalando servicios de atención directa a mujeres en situación de violencia doméstica, recogiendo experiencia de otros países. B) La formación de grupos con diferentes especificidades, ya sean para mujeres adultas, NNA y varones. C) La convicción de trabajar desde la perspectiva de género y enfoque de derechos humanos, promoviendo transformaciones socioculturales, a nivel de los sistemas de creencias de la sociedad que legitiman y perpetúan la violencia. «...las que integramos la Red pensamos que el objetivo común es trabajar con perspectiva de género y de derechos humanos como norte para cambiar la realidad.» (A:1), expresó una entrevistada.

El exilio político fue una de las consecuencias represivas que desató el poder de facto. El activismo por los derechos humanos encendía la llama del regreso, hasta que a partir de 1985 el mismo fue inminente. La experiencia acumulada en el exilio mediante la integración de organizaciones trabajando y militando en derechos humanos, creó la necesidad de aportar estrategias a las diferentes prácticas. En los relatos, surgieron expresiones como:

«...es un proyecto de vida desde que llegué a Uruguay hace 28 años.» (B:1).

«En los 80 volvieron al país mujeres con experiencia en el trabajo en violencia doméstica, y se constituyeron como organizaciones para atender a mujeres con ese problema...» (A:1).

«la génesis del grupo fue una vocación activista de transformar la realidad, y en esta línea los derechos humanos de las mujeres...» (A:2).

«Había trabajado 25 años en una organización en España de militantes activistas (...) yo quería una organización que no fuera de atención a víctimas, que fuera una organización que tuviera a muchas mujeres, no solo a 6 que son psicólogos o asistentes sociales...» (B:3).

La dimensión de lucha se ve reflejada según la concepción que se tenga del problema, una de las integrantes del movimiento lo manifiesta de la siguiente manera: «...nos manifestamos en silencio por la voz que se les ha quitado a las mujeres en toda la historia. En realidad, es un movimiento contra la guerra (...) contra la guerra que existía en los hogares, contra la violencia doméstica...» (B:3).

Observamos que la OSC más antigua fue creada en el año 1921 (Asociación Cristiana Feminista), posteriormente aparecen OSC en las décadas del 60, 70, 80, 90, 2000 y 2010; variando su cantidad en cada década.

En términos generales se observa un grado de avance en la creación de OSC a lo largo del tiempo. Un 18 % (7 del total) de OSC fueron creados en la década de los 80, y un 71% fueron instaladas luego del año 1985. Con el retorno a la democracia, se evidencia la necesidad de generar espacios donde se vuelva a instalar el trabajo colectivo, el cual había sido destruido por el orden de facto durante el periodo dictatorial (1973-1985). En tanto, un 22% se crean en la década del 90. El dato más apreciable se observa en la evolución de organizaciones sociales en la década del 2000 (24%); mientras que el 64% fueron creadas a partir del año 2005, año en que asume por primera vez un gobierno Progresista en Uruguay. En este sentido, las OSC emergen con mayor fuerza en un contexto socio político determinado, con una coyuntura que habilitó la posibilidad de la generación de nuevos espacios para la co-gestión

de servicios, con la necesidad de enfrentar la problemática de la VD.

En síntesis, la RUCVDS (2005), en su accionar se propone fundamentalmente trabajar en estrategias de incidencia política para la formulación de una política pública integral; que genere transformaciones socio culturales en los sistemas de creencias de la sociedad.

1. 5.7 ESTRATEGIAS DE LAS OSC PARA INCIDIR EN POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ABORDAN VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Una de las entrevistadas expresó: «El trabajo de incidencia es de todas las OSC, el fundamento de la Red entre sus objetivos es la incidencia en todo lo que es la política. Todo lo que hoy es política pública ha sido un trabajo de varias décadas de la Red, de las organizaciones de la Red. Ese es el motor, trabajar la incidencia» (A:2).

Según González, (1999), las diversas formas de incidencia requieren determinadas estrategias y/o mecanismos, a través de los cuales se lleva al proceso de incidir. Estas pueden ser: 1) producción de conocimiento, 2) campañas de sensibilización, ya sean en medios de comunicación o mediante movilización social, 3) creación de mesas consultivas, redes, consejos, 4) acciones de lobby, entendida como una acción directa sobre los que toman decisiones, 5) gestión y participación directa en la implantación de la política pública, 6) acciones de control y monitoreo de las políticas públicas.

A partir de lo que se desprende de las entrevistas realizadas podemos distinguir diferentes espacios en los que participan las OSC y potencialmente pueden incidir:

1) Espacios de diálogo generados por el gobierno; distinguiendo la creación del Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLCVD), creado a partir de la Ley N° 17.514 en el año 2002 e integrado por diversos organismos Estatales junto con OSC. Su finalidad es asesorar al Poder Ejecutivo, así como coordinar, integrar y dar seguimiento a las diferentes políticas en la materia.

2) Las Comisiones Departamentales de Lucha contra la Violencia Doméstica, son creadas por el CNCLCVD, integradas por las mismas instituciones que integran el Consejo; tienen como cometido principal asesorar a la Intendencia, y de desarrollar a nivel local el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica.

3) Por último, el Consejo Nacional de Género, creado a partir de la Ley N° 18.104 en el año 2007, que tiene como objetivo la definición de líneas estratégicas en políticas públicas de género. Destacando que, forma parte del único espacio de diálogo en donde participa la Universidad de la República, junto con instituciones Estatales y OSC.

La formalización de los espacios para el intercambio con las OSC paulatinamente se fue incrementando: «Tenemos ahora más herramientas que antes, ahora tomamos el espacio...» (B:1), expresan algunas participantes. En términos utilizados por integrantes de las OSC resaltan: “apertura”, “interés”, “nuevas herramientas”, “transformación”. Sin embargo, según otras entrevistadas, la instalación de los espacios de diálogo por parte del gobierno, fue un elemento paralizante para las OSC, según lo señalado por las entrevistadas; ya que la institucionalidad de los espacios paradójicamente se percibe como falta de “compromiso”

desde los organismos estatales que participan, generando dificultades para que lo dialogado se efectivice en materia de derechos.

Por otra parte, las OSC buscan la incidencia mediante: 1. Acciones de lobby. Se ejemplifica en frases como: «golpeábamos despacho por despacho», «la idea es no callar, estar presentes, marcás posición», «si perdés presencia, perdés de opinar y perdés de incidir». 2. Implementación de diferentes actividades: jornadas, seminarios, capacitaciones 3. Activismo social y movilizaciones. El 8 de marzo (Día Internacional de la Mujer), 3 de junio (Desde el 2015, se utiliza esta fecha para manifestarse en contra de la violencia de género, #Ni una menos) y 25 de noviembre (Día internacional contra la violencia de género). A su vez, los primeros jueves de cada mes el colectivo Mujeres de Negro, realiza la llamada “parada” en la explanada de la IM; «...no gritamos, no nos rasgamos las vestiduras, nos ponemos todas en fila porque somos una muralla contra la violencia...» (B:3). Entre el 2007 al 2016 han realizado 109 manifestaciones. 4. Monitoreo y evaluación de las políticas implementadas 5. Sensibilización: desde la RUCVDS se han generado campañas con un intenso trabajo en los medios de comunicación planteándose como objetivo enmarcar la violencia doméstica como un tema de derechos humanos.

5.8 Resultados de la participación de las OSC en cuanto a la incidencia en las políticas públicas, vinculadas a la violencia doméstica.

Luego de casi una década de lucha, esfuerzo e insistencia por parte de las OSC, en el año 2002 se aprueba la primer Ley de Violencia Doméstica (Ley N° 17.514), significando un avance para el tratamiento de la problemática, y un recurso en materia legal. A la vez, referentes de las OSC en relación a la Ley comentan lo siguiente:

«Fue un avance, pero no lo suficiente para cambiar la realidad (...) con las herramientas que tenemos hoy si realmente los operadores jurídicos cumplieran con los protocolos que están establecidos la situación mejoraría inmediatamente» (B:2).

«...no me voy a olvidar más en mi vida, ese día la Ley iba de diputados a senadores de nuevo, y un hombre mató a la mujer y a los seis hijos a martillazos; la aprobaron a tapa cerrada. Después en los pasillos del Palacio era la “Ley del martillo”, había que lidiar con eso.» (B:1).

Otro de los ejes fundamentales para observar la incidencia de las OSC es en la atención directa mediante la prestación de servicios. Estos funcionan de manera descentralizada, aproximando las acciones concretas de la política a quienes finalmente harán uso de ella, «...les llevamos sus derechos a sus barrios.» (B:1), (en alusión al programa Comuna Mujer que instaló la Secretaria de la Mujer de la IM). Por otra parte, en el año 2011 se aprueba la Ley N° 18.850, que en su Artículo 1° establece una pensión no contributiva y una asignación familiar especial a los hijos de personas fallecidas como consecuencia de violencia doméstica «... empezamos con un cartel que decía: ¿Qué pasa con los huérfanos?, entonces hacíamos una manifestación los jueves por las mujeres y el otro por los huérfanos (...) luego hicimos una performance con zapatos de niños que decía: ¿Quién guiara sus pasos?, y comenzamos a hacer el proyecto de ley (...) y así fuimos pasando por todos los directorios durante un año» (B:3).

La generación de una nueva acción legislativa, que amparara a los NNA, fue producto de la insistencia de las OSC. Una de las integrantes del colectivo que impulsó la iniciativa comenta

lo siguiente: «...la ley no va a suplir la muerte de la madre, se sabe, y que el trauma que vivieron también (...) mucha gente no sabe que existe la ley, cada vez que hay un asesinato nosotras buscamos a la gente...» (B:3).

En este sentido, mediante el análisis de documentación brindada desde la RUCVDS, observamos elementos destacables para problematizar acerca de los marcos legales existentes. «Este conjunto de normas no configuran una legislación integral que permita dar cumplimiento a la debida diligencia en materia de violencia hacia las mujeres, por estar redactadas en un lenguaje género neutro y en leyes dispersas (...). A pesar de la existencia de estas normas el derecho nacional mantiene estereotipos de género que discriminan a las mujeres» (RUCVDS, 2015, p.13).

Desde la RUCVDS, se hace explícita la necesidad de implementar la Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia basada en género (Anteproyecto de Ley presentado en abril del 2016, conteniendo 103 artículos), en este sentido desde las entrevistas realizadas y la documentación analizada comprendemos la emergencia que requiere el tratamiento de la problemática.

El desafío de contemplar las múltiples discriminaciones, entendiendo que la evolución de las relaciones de género, requieren de un marco legal que rompa con el modelo patriarcal respetando los estándares internacionales en relación al derecho de una vida libre de violencia (RUCVDS, 2015). Avanzando en lo que refiere a los resultados de incidencia generados por las OSC, entendemos pertinente exponer algunos de los relatos, en donde sienten un grado de “descontento” para con el gobierno con asuntos relacionados a la defensa de las mujeres, aunque de todos modos, reconocen avances: «...entre los grupos de mujeres ya está instalado el descontento y una evaluación negativa de la mínima respuesta a los asuntos prioritarios para las mujeres en los sucesivos gobiernos, los del FA y los de los partidos tradicionales (...) pienso que de la disconformidad general las mujeres vamos a diseñar nuevas formas de exigir. Ya no nos conforman ni nos adormecen los discursos» (A:1).

6. CONCLUSIONES

A partir de la información recogida y el intento de desplegar el análisis de las relaciones existentes entre el Estado y las OSC en torno al eje/problema de la violencia doméstica, resulta importante señalar que, las PPS pueden construir poderosos instrumentos para impulsar los cambios sustantivos necesarios para el avance hacia la igualdad de género, condición imprescindible para la efectiva erradicación de la violencia doméstica, tal como lo han señalado todas las personas entrevistadas. La incidencia en los procesos participativos es una de las herramientas fundamentales que tiene todo colectivo social para construir las PPS. A través del impulso de los canales de participación ciudadana y la habilitación de múltiples mecanismos, tales como: Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, y las Comisiones Departamentales de Lucha contra la Violencia Doméstica; se instauran nuevas modalidades para re pensar los campos de acción e inter-acción de los diferentes actores (sociales, institucionales, estatales), siendo esta condición un elemento fundamental para el campo de problemas desde donde se trabaja en pro de la garantía de los derechos humanos.

La existencia de tensiones y conflictos entre el Estado y las OSC, tiene una larga historia y deviene de múltiples factores, asociados por un lado a la génesis de las OSC, incluso desde la restauración democrática, y por otro a los escenarios políticos desde donde se relacionan.

El Progresismo, como expresión política en Uruguay, ha desarrollado diversas directrices fundadas en la constante reconstrucción del tejido social, mediante un consistente proceso democratizador en el cual la participación ciudadana se ha vehiculizado, fundamentalmente en el problema de la violencia doméstica, a través de las organizaciones sociales con experiencia acumulada en el tema.

La estrategia participativa, habilitadora de espacios institucionales de comunicación y de consulta entre el Estado y las OSC, se destaca como un aspecto central del proyecto político que se ha venido desarrollando en la década Progresista. Por esta vía se incrementó considerablemente el número de políticas públicas para enfrentar la problemática de la violencia doméstica, creando instituciones, medidas legislativas, nuevos servicios para atender la situación de violencia doméstica.

El análisis del universo de datos recogidos permitió demostrar que estos avances poseen una relación directa con la incidencia política de las OSC. Se pudo observar que las OSC han desarrollado acciones tendientes a lograr incidencia al menos en dos sentidos: participando en los nuevos escenarios políticos habilitados para la discusión (por ej. en la elaboración del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Hombres y Mujeres (2007-2010)). Al mismo tiempo han venido realizando acciones estratégicas de monitoreo, denuncia y presión desde los cánones más tradicionales adscriptos a su rol y sentido social.

En ambas vías ha habido acciones exitosas y otras en las cuales los resultados de incidencia aún están pendientes. Estas condiciones podrían deberse por una parte a la naturaleza misma del problema en el que se busca incidir, aunque también nos lleva a problematizar sobre otros dos elementos centrales a esta investigación: la profundización de los mecanismos democráticos propuestos desde el Estado y, por otra parte, el rol que las OSC han desarrollado en la implementación de las PPS. Ambos elementos han sido fuertemente señalados como núcleos de problemas a resolver fundamentalmente desde las OSC.

El desarrollo de políticas de Estado que garanticen una vida libre de violencia, supone que a nivel gubernamental se destinen recursos suficientes para el tratamiento de la problemática. Esta condición aparece como necesaria, pero no suficiente para la efectiva solución del problema en violencia doméstica. Esto supone poner énfasis en determinadas estrategias que faciliten una adecuada deconstrucción de los hábitos culturales que perpetúan relaciones violentas. En este sentido, consolidar mecanismos culturales potencialmente eficaces para el avance hacia la igualdad continúa siendo un reto para el Estado y la sociedad toda.

La existencia de problemáticas sociales de base cultural, como lo es la violencia doméstica en consecuencia de las prácticas naturalizadas discriminatorias hacia la mujer, requiere de políticas ligadas a cambios en las relaciones de género. Impulsar políticas que incidan en las representaciones sociales, culturales y simbólicas que perpetúan la violencia contra las mujeres, deben de ser prioritarias en la agenda de gobierno.

Finalmente se puede señalar que tomar en consideración el acumulado de conocimiento desde la academia, y articular junto a diversos actores políticos y sociales las estrategias de incidencia, emerge como otro desafío pendiente para acompañar los procesos junto con las

OSC y el Estado; para la transformación social tendiente a garantizar los derechos humanos y en particular una vida libre de violencia hacia las mujeres.

REFERENCIAS

- Acuña, C. & Vacchieri, A. (Coord.) (2007). La incidencia política de la sociedad civil. Siglo Veintiuno.
- Castro, D. Elizalde, L. Menéndez & M. Sosa, M. (2015). La renovada capacidad para impugnar, luchas sociales y hegemonía progresista. En: Contrapunto. Movimientos sociales. Nuevos escenarios, viejos dilemas. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio. pp. 73-81.
- CIVICUS, (2010). Del saber hacer al saber actuar. La sociedad civil y su incidencia en las políticas públicas de Uruguay. <http://www.lasociedadcivil.org/wp-content/uploads/2015/06/Informe-final-ISC-Uruguay-20101.pdf> (Recuperado en marzo del 2016).
- Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), (1994). Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belem do Para. http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21718/1/1_articulado_belem_do_para.pdf (Recuperado en septiembre del 2014)
- Dagnino, E. Olivera, A. & Panfichi, A. (2006). La Disputa por la Construcción Democrática en América Latina. CIESAS.
- De Lellis, M. (2006). La Psicología Comunitaria en el ciclo de las políticas públicas. En: M. De Lellis y cols. Psicología y políticas públicas de salud. Paidós, pp.125-186.
- Escobar, A. (2004). Participación ciudadana y Políticas Públicas. Una problematización acerca de la relación Estado y Sociedad Civil en América Latina en la última década. Revista Austral de Ciencias Sociales. 8, pp.97-108. <http://mingaonline.uach.cl/pdf/racs/n8/art07.pdf> (Recuperado en marzo del 2015).
- Falero, A. (2006). Ciclos de luchas sociales, transformaciones sociopolíticas y escenarios posibles en Uruguay. En: E. Mazzei (comp.), El Uruguay desde la Sociología IV, Dpto. de Sociología, pp. 47-66.
- Ferullo, A. (2006). El Triángulo de las tres P. Paidós
- García, E. (2003). Origen y expansión de las ONG de infancia en Uruguay. Pereira, J. Nathan, M. (Coord.). Intercambios. Acción Pública No Gubernamental y Convención sobre los Derechos del Niño en Uruguay., de: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/intercambios_1.pdf (Recuperado en febrero del 2016).
- Garretón, M. (2012). Neoliberalismo Corregido y Progresismo limitado. Editorial Arcis.
- Giorgi, V. (2006). Construcción de la subjetividad en la exclusión. En: Encare (Comp.). Drogas y exclusión social. Ed. Atlántica., pp.46-56.
- Giorgi, V. Rodríguez, A. & Rudolf, S. (2011). La Psicología Comunitaria en Uruguay. Herencias y rupturas en relación con su historia. En: M. Montero e I. Serrano-García (Comps.) Historias de la Psicología Comunitaria en América Latina: Participación y transformación. Paidós., pp.397-421.
- Gonzalez, I. & Garay, C. (1999). Incidencia en políticas públicas y construcción de ciudadanía. En II Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de la Sociedad Internacional de

- Investigación del Tercer Sector (ISTR), Santiago de Chile. http://www.lasociadadcivil.org/wpcontent/uploads/2014/11/bombal_garay.pdf (Recuperado en marzo del 2015).
- INMUJERES - Departamento de Trabajo Social. FSC-UDELAR (2011) "Diagnóstico sobre las respuestas del Estado ante la violencia contra las mujeres en Uruguay". <http://www.adasu.org/prod/1/133/Diag.Respuesta.del.Estado.a.la.violencia..pdf> (Recuperado en agosto del 2015).
- INMUJERES, (2013). Primera Encuesta Nacional de Prevalencia Sobre Violencia Basada en Género y Generaciones.: http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/33876/1/resumen_de_encuesta_mides.pdf (Recuperada en agosto del 2015).
- Lamas. M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco, 7(18), pp. 2-24. <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf> (Recuperado en marzo de 2015).
- Ley N° 17.514 - Prevención, Detección Temprana, Atención y Erradicación de la Violencia Doméstica (2002). https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=17514&Searchtext
- Ley N° 17.707 - Modificación de competencia de los Juzgados de Familia en Violencia Doméstica (2003). https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro
- Ley N° 18.104 - igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres en la República (2007). https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro
- Ley N° 18.315 - Procedimiento Policial (2008). https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro
- Ley N° 18.850 - Hijos de personas fallecidas como consecuencia de hechos de violencia doméstica (2011). https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro
- Midaglia, C. Castillo, M. Milanesi, A. Monestier, F. & Perdomo, S. (2009). Relaciones Estado. Sociedad civil: la regulación en debate. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica. ANONG. <http://www.anong.org.uy/docs/Publicaciones%20de%20interes/Informa%20Final%20ICP.pdf> (Recuperado en octubre del 2015).
- Molas, A. (2012). La Bajada de la Política; Derechos Humanos de Adolescentes Víctimas de Violencia (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Universidad de la Republica. Montevideo.
- Olesker, D. (diciembre, 2013). Sistema de Protección Social en Uruguay. En Seminario internacional Políticas Públicas para la Igualdad: Hacia Sistemas de Protección Social Universal. Torre Ejecutiva de la Presidencia de la República, Montevideo, Uruguay. http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/24880/1/olesker_el_sistema_de_proteccion_social_en_uruguay.pdf (Recuperado en agosto del 2015).
- Oliver, L. (2015). Tensiones entre Estado y sociedad civil: nuevas luchas por los derechos y la ciudadanía. En: Contrapunto. Movimientos sociales. Nuevos escenarios, viejos dilemas. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio., pp. 73-81.
- Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA). (2005). Manual para la facilitación de procesos de Incidencia Política.,http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Advocacy%20Training/past/atp_manual_para_facilitacion_jun_05.pdf (Recuperado en enero del 2016).
- ONU. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). <http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/8782/1/Articulado%20CEDAW.pdf>
- ONU, (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. <https://www>.

- oas.org/dil/esp/1993-Declaracion_sobre_la Eliminacion_de_la_violencia_contra_la_mujer.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2009). *Violencia contra las Mujeres*.
- Pozos, L. (2005). *Participación e Incidencia Política de las Organizaciones de la Sociedad Civil en América Latina*. http://www.equipopueblo.org.mx/publicaciones/publicaciones/descargas/divinv_parosc.pdf (Recuperado en abril del 2015).
- Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual. (2005). *Violencia Domestica e incidencia en Políticas Publicas*. <http://www.violenciadomestica.org.uy/publicaciones/Violencia%20domestica%20e%20incidencia%20en%20politicas%20publicas.pdf> (Recuperado en septiembre del 2014).
- Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual. (2015). *Sistematización de datos secundarios sobre violencia de género y generaciones para desarrollar una actividad de incidencia en las autoridades del periodo 2015-2020*.
- Rivero, S. (2007). *Los desafíos de la Sociedad Civil organizada ante la realización de convenios con el Estado para la implementación de políticas sociales*. Conferencia realizada en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de México (UNAM).
- Rodríguez, A. (2013). *La co-gestión de Políticas Publicas Sociales entre Estado y sociedad civil. El aporte de la Psicología Social Comunitaria a la construcción del diálogo entre actores diversos*. *Global Journal of Community Psychology Practice*. 4(2), pp. 2-13. <http://www.gjcpp.org/pdfs/rodriguez-v4i2-20130701.pdf> (Recuperado en febrero del 2015).
- UNISEF, (2012). *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales*. http://www.unicef.org/argentina/spanish/cippecc_uni_planificacion.pdf (Recuperado en abril del 2015).

Validación de escala que mide competencia metodológica en posgrado

Validation of a scale measuring research methodological competencies in postgraduate

MARTHA OLIVIA RAMÍREZ-ARMENTA

Universidad de Sonora, Sonora, México(olivia.ramirez@unison.mx)(<https://orcid.org/0000-0003-1185-3597>)

<https://orcid.org/0000-0003-1185-3597>

RAMONA IMELDA GARCÍA LÓPEZ

Instituto Tecnológico de Sonora, Sonora, México(igarcia@itson.edu.mx)(<https://orcid.org/0000-0003-0091-3427>)

RUBÉN EDEL NAVARRO

Universidad Veracruzana, Veracruz, México(redel@uv.mx)(<https://orcid.org/0000-0002-7066-4369>)

RESUMEN

La competencia metodológica es trascendente para los posgrados orientados a la investigación; de ahí la necesidad de contar con instrumentos de recolección de datos que cumplan con los estándares de calidad para su medición, entre ellos, los atributos de confiabilidad y validez. La presente investigación describe el proceso de diseño, construcción y validación de un instrumento que permite medir dicho constructo. Para ello, se desarrolló la escala siguiendo un método mixto. En la fase cualitativa se entrevistó a docentes de los diversos programas de posgrados del estado de Sonora, México para identificar las habilidades que todo investigador debe poseer independientemente de la disciplina en la que este se desempeñe; de igual forma se hizo una revisión en la literatura para complementar dichos hallazgos. Después, en la fase cuantitativa, se diseñó la escala considerando los indicadores de la fase anterior; se aplicó a los estudiantes de los diversos programas de posgrado con orientación a la formación de investigadores del estado de Sonora y se determinó su validez y confiabilidad. Como resultado, la escala inicial se conformaba de 30 reactivos, tras los análisis de confiabilidad y de estructura factorial se obtuvo un instrumento de 23 reactivos. El análisis factorial confirmatorio sugirió un modelo de 4 factores y señaló que la escala sustenta empíricamente la medición del constructo: $X^2 = 417.08$, $p = .000$; $CMIN/DF = 1.92$; $CFI = .95$; $GFI = .90$;

NFI= .91; RMSEA = .054, SRMR=.0478. Se concluye que la escala cumple con las propiedades métricas adecuadas para la medición del constructo.

ABSTRACT

Methodological competence is crucial for research-oriented graduate programs; hence the need to have data collection instruments that meet the quality standards for its measurement, including the attributes of reliability and validity. This paper describes the design, construction, and validation process of an instrument that allows to measure such construct. In order to do this, a scale was developed following a mixed method. In the qualitative phase teachers were interviewed from the different graduate programs in the state of Sonora, Mexico, to identify the abilities that every researcher must have regardless of the discipline in which he or she works; furthermore, a literature review was made to complement these findings. Afterward, in the quantitative phase the scale was designed considering the indicators of the previous phase; it was administered to the students of the different graduate programs oriented to the training of researchers in the state of Sonora, and its validity and reliability was determined. As a result, the initial scale consisted of 30 items, but after the reliability and factorial structure analysis an instrument of 23 items was obtained. Likewise, the confirmatory factor analysis suggested a four-factor model and showed that the scale is empirically adequate for the measurement of the construct: $\chi^2 = 417.08$, $p = .000$; CMIN/DF = 1.92; CFI= .95; GFI= .90; NFI= .91; RMSEA = .054, SRMR=.0478. It is concluded that the scale fulfills the appropriate metric properties for the measurement of the construct.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS

Enseñanza científica superior, posgrado, metodología, competencia, validez, fiabilidad. / Higher science education, postgraduate courses, methodology, skills, validity, reliability.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la generación de conocimiento adquiere un valor principal como fuente de desarrollo y economía. Esta nueva dinámica de la sociedad ha provocado avances desde el siglo XX a la fecha que se manifiestan en progresos tecnológicos y científicos que requieren nuevas habilidades para las telecomunicaciones y la informática desde todas las disciplinas. Estas nuevas demandas generan que los sujetos productivos en la sociedad del conocimiento necesiten competencias de alto nivel para desempeñarse adecuadamente (Méndez et al., 2014).

El capital humano debidamente capacitado en su área de especialización es tema central para los estándares nacionales e internacionales; esto debido al impacto que dicha especialización tiene en la innovación. En este sentido, la formación de científicos debe ser un área de constante monitoreo (Zambrano-Sandoval & Chacón-Corzo, 2021). Se supondría que derivado de la importancia que se les ha otorgado a los estudios de posgrado como factor determinante del desarrollo, debería de existir un amplio número de trabajos sobre el tema; sin embargo, la realidad es distinta. En México son limitados y generalmente abordan valoraciones de las estadísticas de egreso y políticas e impacto del posgrado en los estándares de las evaluaciones realizadas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt).

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación pretende aportar un análisis sobre uno de los elementos fundamentales para la generación de conocimiento: el capital humano. Es desde este elemento donde las Instituciones de Educación Superior (IES) impactan de forma directa en el progreso de las regiones y en los servicios que ofertan. Este estudio se centra en el posgrado, pues se parte del supuesto de que en este nivel educativo es donde se presentan los procesos de formación de los científicos e innovadores tecnológicos que el país necesita.

Los estudiantes de posgrado deben desarrollar competencias para la investigación, pues al egresar esas serán las habilidades que les demande el campo laboral al que se dirigen. Una responsabilidad de los posgrados con orientación a la investigación es ofrecer esa formación idónea que les permita ser dotados de las mejores habilidades para la generación de conocimiento y acompañados por los mejores en su área de desempeño (Hernández Estrada & Keeling, 2018). En los posgrados en ciencias, el estudiante se forma como científico; en este tipo de programa el alumno es guiado por un investigador para que genere conocimiento nuevo y que tenga la calidad suficiente para ser aceptado por otros científicos. Estos programas combinan: (a) una formación dedicada exclusivamente al programa; es decir, de tiempo completo con una duración de 3 o 4 años; (b) seminarios avanzados sobre alguna área de conocimiento que corresponde a la especialidad; (c) estancias en universidades extranjeras; (d) publicaciones con revisión estricta de pares; (e) patentes; (f) tesis donde se documente el conocimiento generado y (g) defensa ante un jurado del trabajo de investigación (SEP, 2011).

Desde una concepción sistémica de la educación es necesario estar en constante razonamiento; en este sentido, para comprender holísticamente el fenómeno de ciencia y tecnología es importante analizar la formación de investigadores; es decir, razonar sobre cómo se preparan los sujetos cuyo desempeño laboral será la generación de conocimiento (Hernández Estrada & Keeling, 2018).

Por lo anterior, las universidades y el Conacyt deben monitorear tanto las demandas del contexto, como las competencias que se están desarrollando en los currículos, con el fin de ofertar la formación necesaria al capital humano que la sociedad del conocimiento demanda. El desarrollo de estas aptitudes que habilitan a los estudiantes como investigadores requiere de capacitación y práctica y son responsabilidad de los posgrados y consejos acreditadores.

Todo proceso de formación corresponde a un ejercicio de interrelación; el cual consiste en una construcción social y compartida. Desarrollar conocimientos y habilidades en otro individuo, toma sentido cuando se da en un espacio de interformación. A diferencia de los grados académicos previos, un investigador se forma mediante la propia reflexión, se deben

de considerar sus habilidades para desarrollarse y decidir sobre el propio rumbo y evolución, tiene capacidad de acción en el trabajo mismo; es decir, es partícipe de su proceso de formación y de la dirección que este debe tomar (Zambrano-Sandoval & Chacón-Corzo, 2021).

Un programa de posgrado con orientación hacia la investigación tiene como fin desarrollar investigadores competentes; esto es, desarrollar en los estudiantes conocimientos y habilidades para llevar a cabo procesos de investigación y difundirla en un campo particular de la ciencia. Para este trabajo se considera que la formación de los estudiantes de posgrado debe incluir habilidades específicas que desarrollen la competencia para la investigación independientemente del área de la ciencia en la que se esté formando al futuro investigador.

Algunos estudios que se han enfocado en analizar las competencias del investigador consideran que son varias las habilidades que la componen. Swank y Lambie (2016), determinan que son cuatro dominios para medir la competencia de investigación en el área educativa: revisión de literatura, procesos de investigación, ética dentro de la investigación, difusión y escritos académicos. Sin embargo, específicamente con respecto al método científico este instrumento solo incluye 7 indicadores.

Asimismo, la National Postdoctoral Association (2019), propone un instrumento para la autoevaluación o como fundamento para la capacitación. Se conforma por seis áreas: conocimientos disciplinares específicos, habilidades de investigación, liderazgo y gestión, comunicación, profesionalismo y conducta responsable. En este instrumento se consideran 5 indicadores para medir para las habilidades que tienen que ver con el método científico.

El instrumento de Valdés, Vera y Martínez (2012) hace una distinción entre lo que postulan los autores como tres tipos de competencias diferentes: las genéricas (que son necesarias para desempeñarte en una amplia variedad de profesiones); las de gestión de recursos (para obtener recursos y comercializar el conocimiento y las requeridas para la búsqueda y generación de conocimiento; es en esta última dimensión donde se incluyen algunas habilidades relacionadas con el método científico, pero no se evalúa a profundidad.

De manera particular el presente trabajo considera competencia metodológica a todas aquellas habilidades que impliquen identificar, diseñar y aplicar procedimientos apropiados para el estudio de los fenómenos bajo el método científico. Para ello requiere conocer los elementos de los enfoques existentes, comprender las limitaciones y alcance del diseño de la investigación, para realizar procedimientos de recolección, manipulación e interpretación de datos (Ismail & Mohd, 2012; Mohn et al., 2011).

Una de las habilidades con mayor prioridad para considerar a un investigador como competente es el dominio del método científico. Al revisar la literatura actual se puede percatar que teóricamente la competencia científica se conforma por varias habilidades complejas y que muchos de los instrumentos existentes para medirla, incluyen unas u otras (lo que indica que no se tiene un estándar de lo que abarca este constructo; pues se incluyen habilidades para la comunicación, gestión, tecnológicas, profesionales, etc.), pero la medición de cada una de ellas se realiza someramente, omitiendo aspectos básicos que garantizan una medición exhaustiva del constructo. Por ello, el objetivo de este estudio es diseñar una escala válida y confiable que mida el grado de desarrollo de la habilidad metodológica de los estudiantes de los programas orientados a la investigación en el estado de Sonora, México, a partir de la información proporcionada por los docentes de los posgrados y que

son investigadores miembros del Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

2. MÉTODO

Se aplicó una metodología instrumental, utilizando un enfoque mixto secuencial de dos fases para la construcción de la escala. En la primera, se recolectaron datos cualitativos mediante entrevistas a investigadores consolidados para determinar los indicadores que integrarían la escala. El análisis de los datos se realizó desde la fenomenología en virtud de comprender el fenómeno de la competencia metodológica desde la perspectiva del investigador, considerado como el experto o quien tiene el dominio de tal competencia para ejercer su profesión (Creswell, 2013). La segunda fase consistió en la construcción de la escala a partir de los indicadores registrados en la fase anterior, y por lo identificado en la revisión de literatura; de igual forma se realizó la validación de dicha escala.

2.1 PARTICIPANTES

Para la primera fase, la muestra estuvo conformada por dos investigadores de cada Núcleo Académico Básico (NAB) de profesores que respaldan los programas educativos de posgrado registrados en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) en el estado de Sonora, México. Los criterios de inclusión fueron: que pertenecieran al SNI; se solicitaba que fuera el investigador más novel y el que tuviera más experiencia en la formación de investigadores; es decir, el que tuviera más y menos tiempo perteneciendo al SNI. En total se contó con la participación de 51 docentes, 19 son mujeres y 32 hombres. A cada investigador se le asignó un código de identificación que incluía la letra I y un número de seriación según su posición en la entrevista.

Para la segunda fase, se consideró trabajar con la población total de estudiantes matriculados en los posgrados; sin embargo, no se tuvo el acceso a algunos alumnos de ciertos programas educativos; por lo tanto, la muestra se constituyó como no probabilística por conveniencia y quedó compuesta por 323 estudiantes de los programas de posgrado que pertenecen al PNPC de las IES y Centros de Investigación del Estado de Sonora, 156 son hombres y 167 mujeres; cuyas edades oscilan entre los 21 y 60 años siendo 27 años la edad promedio de los encuestados.

2.2 INSTRUMENTOS

En la primera fase se utilizó una entrevista semiestructurada dirigida a los investigadores de los posgrados con el propósito de conocer las competencias que todo investigador debe dominar para ejercer adecuadamente la profesión, el orden de importancia otorgada a cada una de las habilidades y los factores asociados al desarrollo de la competencia para la investigación.

A partir de la información obtenida en la primera fase se diseñaron diferentes instrumentos

para medir la competencia científica (habilidad lingüística, metodológica, ética y digital) y los factores que influyen en su desarrollo. Sin embargo, cabe mencionar que para propósitos de este estudio solo se presenta la escala para medir la competencia metodológica; la cual quedó conformada inicialmente por 30 reactivos en escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (mucho, bastante, poco, nada).

2.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la fase 1, se realizó primeramente un acercamiento con la coordinación de los programas educativos para solicitar la identificación de los integrantes de su NAB que cumplieran con el perfil solicitado. Una vez obtenida dicha información se les hizo llegar una invitación personal a los investigadores para participar en el proyecto. Al aceptar la invitación, se les solicitaba autorización para la grabación de la entrevista y la firma del consentimiento informado. Para la fase 2, se solicitó autorización a los coordinadores de cada programa educativo para tener acceso a los estudiantes de los centros donde se realizó la investigación; a quienes se les comunicaron los criterios de confidencialidad de los datos y se les solicitó su participación voluntaria y la firma del consentimiento informado. El instrumento se llevaba en físico y se tenía la versión en digital, para los estudiantes que por alguna cuestión no se encontraran en la ciudad en el momento de la aplicación.

2.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos de la fase cualitativa se utilizó el programa Atlas. Ti, en donde se obtuvieron los códigos, citas y categorías emergentes que identifican el constructo de la competencia metodológica. Para los análisis cuantitativos se realizó la validación de la estructura interna del instrumento mediante la técnica multivariante del análisis factorial exploratorio (AFE); después, se confirmó el modelo de medida utilizando el análisis factorial confirmatorio (AFC) para obtener los criterios de bondad de ajuste propuesto por Hu y Bentler (1999). Para ello se utilizaron los programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y Amos, respectivamente.

3. RESULTADOS

3.1 FASE 1. ENTREVISTAS A INVESTIGADORES

La construcción de la escala que mide la competencia metodológica se determinó a partir de la entrevista realizada a los docentes-investigadores de los posgrados. Para el análisis de los datos, se identificaron las citas que aportaban información importante; a partir de ellas se establecieron tanto los códigos como las categorías emergentes, mismas que se relacionaron con cada una de las citas.

A la categoría relacionada con el dominio del método científico, se asociaron 17 códigos y 104 citas. Para los entrevistados esta habilidad consiste en dominar teóricamente cada elemento del método científico; así como ser capaz de aplicarlo dentro de un proyecto para la resolución de un problema y aportar conocimiento al campo disciplinar.

(I31) Lo más importante es aplicar el método científico; o sea, conocer el método científico y a partir de ahí basar su desarrollo apegado a esta parte.

(I7) Definitivamente las metodológicas; o sea tienes que estar muy sólido en cuanto al método científico.

Dentro de esta habilidad, los investigadores consideraron varias categorías que conforman la competencia general. La primera fue la generación de ideas; es decir, que los investigadores o futuros investigadores deben ser capaces de detectar una problemática a resolver por medio del método científico y desde su disciplina.

(I44) Si nos vamos a las competencias que debe tener cualquier investigador, primeramente, la capacidad para generar ideas.

(I1) Deben de saber buscar los problemas de tener capacidad de encontrar uno y saber que lo puede resolver desde su disciplina; pero tiene que salir de ellos las cosas que quieren hacer.

También, se generó la categoría planteamiento del problema donde los investigadores afirmaron que es indispensable saber buscar la solución a una problemática detectada; pero este debe ser real, factible y su planteamiento debe ser efectivo.

(I2) Capacidad para involucrarte en los problemas reales o teóricos

(I11) Debe saber delimitar es decir que el problema no sea engorroso que sepan hasta donde que se enfoquen en un problema real a resolver.

En la categoría pregunta de investigación se mencionó que se debe tener habilidades para que a partir de los problemas se generen preguntas de investigación y que estas sean esenciales.

(I15) Tiene que ser capaz de tener muy claro cómo se hacen preguntas esenciales.

(I17) Capacidad para traducir ese problema en términos de preguntas de investigación.

(I22) Si hay algo que explica el desarrollo de la ciencia es la capacidad de generarse preguntas.

Asimismo, se formó la categoría asociada al objetivo de investigación donde los investigadores afirmaron que en esta labor se requiere de la capacidad de establecer paso a paso lo que se quiere lograr con la investigación. Además, de que esa meta establecida debe ser real y estar claramente declarada.

(I40) Tenemos que ver el objetivo real de nuestra investigación; o sea tener capacidad de establecer objetivos de investigación claros.

(I5) Saber hasta dónde queremos llegar que queremos construir y paso a paso como vamos a llevar a cabo esa construcción.

Se mencionó también que se requiere el saber justificar el estudio; es decir, explicar la importancia que se obtendrá al realizar un proyecto de investigación.

(I40) Se tiene que tener habilidades para justificar el porqué es importante realizar esa

investigación. Yo le digo a mis estudiantes: si yo fuera Conacyt y yo te pudiera financiar tu proyecto de investigación; tú convénceme de porque te lo debo de financiar y por qué no a otro investigador; entonces, esto es bien, bien, importante ¿no?

De igual forma, se indicó que en esta profesión es necesario el establecimiento de hipótesis.

(17) Se requiere poder formular una hipótesis a través de esas preguntas previamente planteadas.

En la categoría de marco teórico se relacionó todo lo mencionado con el manejo de la teoría. Los investigadores entrevistados consideran que se requiere de habilidades para la comprensión y el manejo de modelos conceptuales. Para tener claridad en los fundamentos teóricos con los cuales trabaja y desenvolverse adecuadamente dentro de la teoría en la cual se enmarca el estudio.

(15) Saber establecer cuáles son los fundamentos teóricos que está trabajando, cuáles son los supuestos que se está manejando dentro de la teoría que está trabajando. Esto para mí es importante porque mucha gente no sabe identificar los supuestos subyacentes a una teoría. Entonces saber cómo evaluar una teoría son preguntas que todo investigador que se jacte de serlo tiene que tener claro.

(138) La primera habilidad que es fundamental de cualquier investigador es el dominio sobre los modelos conceptuales del tema que le interesa, las temáticas que abordan ese dominio es fundamental, es lo primero.

En la categoría de metodología, los investigadores mencionaron como fundamental el manejo de las diversas técnicas, métodos y procedimientos que se pueden seguir para aportar información al campo de conocimiento; es decir, sobre esa parte procedimental que le da estructura y coherencia a la investigación.

(18) De las diversas metodologías científicas tener al menos una idea de lo que es la vía, el camino o el método que va a seguir para poder proponer nuevo conocimiento o en su caso describir algún fenómeno y opinar sobre él desde una perspectiva del conocimiento.

(138) Se debe tener dominio de las metodologías, de los diseños, de toda esa parte procedimental y metodológica.

(14) Conocer sobre métodos especializados y exactos.

De igual forma, se generó la categoría de diseño; donde los docentes consideran que un investigador debe dominar un alto nivel sobre los diseños de investigación.

(126) Un investigador debe manejar muy buen nivel en cuanto a diseños de investigación.

(140) También debe saber sobre diseños experimentales; o sea, de diseño y planeación del estudio que es el definir el cómo lo vamos a poder desarrollar.

Otra categoría generada dentro de esta familia fue la de recolección de datos. Aquí los entrevistados mencionaron que todo investigador debe manejar técnicas para la recolección de datos.

(126) Manejar técnicas de recolección de datos.

(125) Ser capaz de observar y registrar esos eventos que definiste como dato.

Con respecto al análisis de datos los docentes dijeron que todo investigador debe ser capaz de realizar el análisis de los mismos, ya sea tanto cualitativo como cuantitativamente.

- (I22) Análisis de datos cuantitativos o cualitativos según sea su orientación
- (I30) Análisis cualitativo y cuantitativo de datos
- (I23) Saber hacer análisis de datos tanto cuantitativo como cualitativo según sea el caso.

De igual forma, se obtuvo que los investigadores deben ser capaces de buscar o crear los instrumentos de medida que les permitirá recuperar información del campo de estudio y la medición adecuada del fenómeno.

- (I29) Saber diseñar el modelo para realizar los instrumentos
- (I25) Seleccionar criterios de medida adecuados a tu pregunta
- (I50) Dominio de los sistemas de instrumentación de medida; ya sea buscarlos o diseñarlos.

Una de las categorías con mayor número de citas en esta familia fue la relacionada con los análisis estadísticos. Para los investigadores entrevistados, los investigadores deben tener habilidad para poder probar sus hipótesis de investigación mediante modelos matemáticos.

- (I31) Conocimientos en estadística porque nuestros experimentos al basarse en el método científico tenemos que hacer una serie de repeticiones experimentales para comprobar que nuestros trabajos o resultado sean reproducibles, por lo menos en nuestra área eso se busca.
- (I51) Saber hacer análisis matemático para poder demostrar que lo que se está demostrando o que la hipótesis que se planteó es correcta.
- (I33) Estadística o modelos matemáticos para probar o refutar lo que son hipótesis de investigación o supuestos.

Otra categoría estuvo asociada a la interpretación de resultados; en este sentido, se considera que se requieren habilidades para la descripción del fenómeno en los datos que se tomaron, la explicación de inferencias, dar respuesta a las preguntas establecidas o probar las hipótesis planteadas.

- (I40) Una de las competencias que también debe tener el investigador es saber interpretar esos resultados. Muchas veces somos muy buenos para trabajar en el laboratorio tenemos un equipo de trabajo muy bien armado, pero ya al momento de querer relacionar esos resultados con los objetivos de nuestro trabajo, ahí ya no damos una pues.
- (I21) Las necesarias para hacer la interpretación de todos los datos que analizaste.

También, para los entrevistados es importante tener habilidades para la discusión de esos resultados, para posicionarte como investigador ante los resultados de forma crítica. Con esto se espera que el investigador contraste lo obtenido en su investigación con los estudios previos y de esta manera establecer similitudes y diferencias, reconociendo debilidades y explicando los resultados de forma tal que permitan la conclusión y recomendaciones.

- (I8) Se requiere tener claridad y criterio para la discusión de resultados principalmente.
- (I32) Hay que saber discutir los resultados obtenidos.

Por último, se asoció el código de difusión, donde los investigadores consideran determinante que para lograr cumplir con esta labor se requieren de conocimientos para la divulgación del conocimiento a la comunidad y resto de especialistas.

- (13) Tener conocimiento para poder comunicar nuestros resultados en el área en la cual nosotros trabajamos; entonces son competencias en la divulgación.
- (20) Habilidades para la publicación; pues, es la manera como muestras que estás desarrollando investigación.
- (138) Generar productos de investigación publicables, crear productos tangibles o patentes, crear reformas o políticas públicas; es decir crear algo con la investigación y darla a conocer al mundo.

3.2 FASE 2. DISEÑO Y APLICACIÓN DE LA ESCALA

A partir de lo anterior, se generaron las categorías emergentes (ver tabla 1) y en conjunto con lo encontrado en la literatura consultada se construyó la escala para medir el nivel de desarrollo de la habilidad metodológica.

Tabla 1. Indicadores que conforman la competencia metodológica	
Códigos	
Análisis cualitativo	Hipótesis
Construcción de instrumentos	Interpretación de resultados
Difusión	Justificación
Discutir resultados	Marco teórico
Diseño	Método científico
Estadística	Metodología
Generación de ideas	Objetivo de investigación
Planteamiento del problema	

3.3 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO

La escala inicial se conformó por 30 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de mucho a poco. Se incluyeron indicadores para cada código que surgió de las entrevistas; algunos ítems fueron tomados de las escalas revisadas y cuando no se encontraron reactivos para el código se generaba uno. Cada código tenía al menos un

indicador, algunos tenían dos, tres o hasta 10 como es el caso del código estadística, donde se utilizó el instrumento generado por Al - Habashneh y Najjar (2017).

Para determinar la confiabilidad y validez de constructo del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de máxima verosimilitud y rotación varimax; misma que se realizó con el criterio de valor propio mayor a uno; debido a que permite la presencia de un factor. Para su conformación se consideraron solo los reactivos que obtuvieran una carga factorial mayor a .40. Asimismo, para determinar la existencia de correlación entre las variables estudiadas y la necesidad de realizar la técnica factorial se utilizó la prueba de esfericidad de Bartlett con el índice de medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer-Olkin (KMO); dicho índice permite determinar si los reactivos pueden ser interpretados por factor, cuando se obtiene una correlación alta entre las variables con un valor de KMO > .60.

Una vez obtenidos los puntajes para realizar el análisis factorial se realizó el análisis de los factores de la escala, donde se indicaron los valores de comunalidad, el valor propio de cada factor, el peso factorial y la varianza explicada. En el análisis factorial exploratorio la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) obtenida fue de .953, lo que indica que existe correlación entre las variables o dimensiones. Además, la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($X^2 = 6685.362$; $p \leq .000$), y los valores de comunalidad entre los reactivos son mayores a .40, por lo que se puede seguir con las técnicas de análisis, debido a que se cumplen con las condiciones. Los valores de asimetría y curtosis sugieren la existencia de normalidad univariada en la distribución de los puntajes de los ítems (Lloret-Segura et al., 2014) (ver tabla 2).

Tabla 2. Medias, Desviaciones Estándar, asimetría, curtosis y comunalidad de los ítems que conforman la escala final de habilidades metodológicas.

Ítems	M	DS	Asimetría	Curtosis	Comunalidad
tem 5	3.08	.749	-.227	-.923	.578
Ítem 6	3.14	.767	-.456	-.557	.578
Ítem 4	3.09	.763	-.443	-.349	.542
Ítem 8	3.24	.740	-.591	-.336	.565
Ítem 7	3.01	.792	-.275	-.720	.562
Ítem 3	3.15	.697	-.331	-.509	.491
Ítem 10	3.14	.742	-.510	-.191	.523
Ítem 2	3.04	.757	-.370	-.373	.472
Ítem 9	3.01	.796	-.283	-.740	.434
Ítem 1	3.22	.640	-.308	-.336	.344

Tabla 2. Medias, Desviaciones Estándar, asimetría, curtosis y comunalidad de los ítems que conformaron la escala final de habilidades metodológicas.

Ítems	M	DS	Asimetría	Curtosis	Comunalidad
Ítem 13	2.76	.905	-.206	-.785	.700
Ítem 14	2.60	.905	-.039	-.829	.528
Ítem 15	3.06	.776	-.463	-.277	.492
Ítem 16	3.02	.825	-.296	-.852	.500
Ítem 18	3.07	.796	-.505	-.326	.529
Ítem 17	3.18	.731	-.490	-.363	.537
Ítem 20	2.52	1.05	-.003	-.1199	.410
Ítem 30	2.63	.945	-.197	-.848	.739
Ítem 29	2.49	.957	-.029	-.930	.840
Ítem 24	2.72	.902	-.125	-.917	.805
tem 23	2.75	.875	-.166	-.968	.612
Ítem 22	2.98	.736	-.394	-.577	.676
Ítem 21	3.10	.802	-.541	-.354	.457

Los reactivos se agruparon en cuatro factores, los cuales explicaron una varianza total de 59.15% (Hair et al., 1999). En esta primera fase de análisis se eliminaron 6 reactivos por no cumplir con el peso factorial solicitado y por agruparse en más de dos factores. Al final esta escala quedó conformada por 23 ítems.

3.4 ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO

Para comprobar el modelo de medida obtenido en el AFE se procedió a confirmarlo con la técnica de AFC, bajo los siguientes criterios de bondad de ajuste: el estadístico chi-cuadrado; la razón de chi cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/DF) con valores menores a 2 que indican un buen ajuste; el índice de ajuste comparativo (CFI); el índice de bondad de ajuste (GFI); el índice de ajuste normado (NFI), estos últimos tres parámetros toman valores entre 0 y 1 en donde valores por encima de .90 indican un muy buen ajuste entre los datos y el modelo teórico; el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) que es una medida del grado de error del modelo, en donde valores por debajo de .10 indican un error aceptable,

valores alrededor de .06 indican un muy buen ajuste entre los datos y el modelo y el valor de SRMR, este valor se consideran indicativos de un buen ajuste si está por debajo del valor .05 (Hu & Bentler, 1999).

Se mantuvieron las cuatro dimensiones generadas en el AFE y se eliminó un reactivo más, los resultados de los índices obtenidos sugieren un modelo con un buen ajuste a los datos empíricos $\chi^2 = 417.08$, $p = .000$; $CMIN/DF = 1.92$; $CFI = .95$; $GFI = .90$; $NFI = .91$; $RMSEA = .054$, $SRMR = .0478$ (ver figura 1).

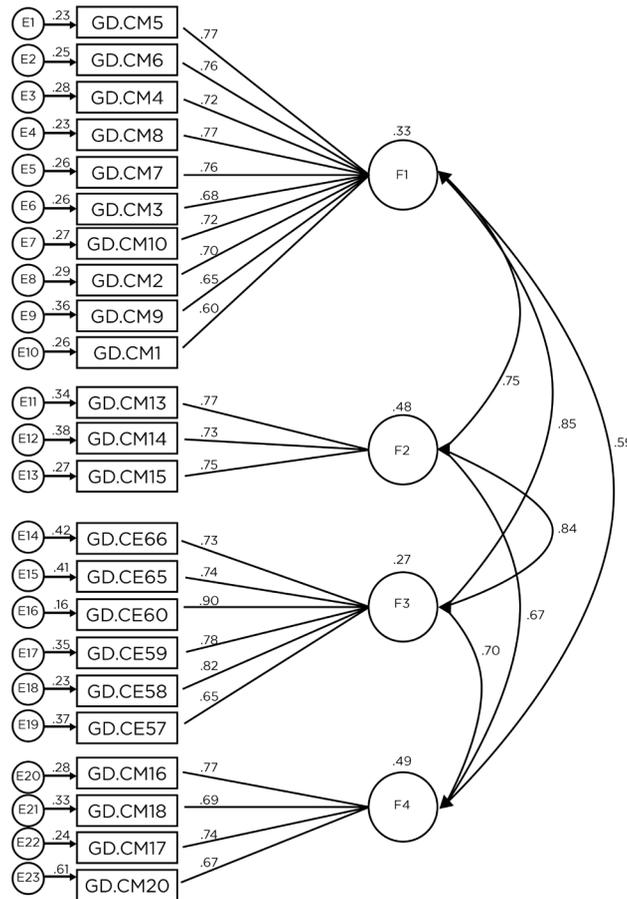


Figura 1. Resultados del análisis factorial confirmatorio

3.5 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES Y FIABILIDAD

El primer factor, conjunta todo lo relacionado con el establecimiento del problema, los antecedentes del estudio, los objetivos, la justificación, limitaciones, hipótesis y marco teórico, se agruparon diez reactivos y en conjunto obtuvieron un Alfa de Cronbach de .912. El segundo factor estuvo conformado por tres reactivos que evalúan la parte del diseño de

instrumentos y los procedimientos de muestreo y recolección de datos. El coeficiente de alfa fue de .912.

En el tercer factor se incluyen los conocimientos sobre principios básicos de estadística, procedimientos de confiabilidad y validez de las mediciones del estudio, distinción de tipos de datos, selección de métodos estadísticos apropiados. Se incluyeron seis ítems y el Alfa de Cronbach fue de .902. Por último, se agruparon cuatro reactivos sobre análisis, interpretación y discusión de los resultados del estudio, así como la generación de productos como patentes, publicaciones y prototipos. El valor de Alfa fue de .821. La escala total demuestra una alta confiabilidad con un alfa de Cronbach de .944 (De Vellis, 2012).

4. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La competencia metodológica permite la aplicación de procedimientos adecuados para la solución de problemas y la generación de conocimiento mediante la utilización del método científico. La escala desarrollada en el presente estudio proporciona una herramienta para evaluar el grado de desarrollo de esta habilidad. Lo anterior, permite la posibilidad de identificar las áreas de oportunidad a lo largo de la formación en competencias que habiliten a los estudiantes de posgrado como investigadores. El estudio realizado parte desde la identificación del conjunto de habilidades que los investigadores consideran componen un saber metodológico que todo investigador independientemente de la disciplina debe dominar hasta la construcción y validación de la escala.

La revisión de literatura permitió observar que existen instrumentos que miden la competencia metodológica, pero que las escalas dejan fuera elementos importantes de la habilidad. En este sentido del instrumento de Swank y Lambie (2016) se retoman varios indicadores; este instrumento hace una distinción para cada elemento diferenciándolos para trabajos cualitativos y cuantitativos; sin embargo, no profundiza en algunos indicadores relacionados con la medición y el diseño de la investigación.

La propuesta de Valdés, Vera y Martínez (2012) enmarca algunos reactivos que coinciden con esta propuesta, dentro de la categoría que denominaron como generación y divulgación de conocimiento. Este instrumento, incluye los paradigmas de investigación, diseños, técnicas y divulgación, pero queda varios elementos importantes de la competencia fuera de la medición. Por su parte, el NPA core utiliza para medir esta habilidad solo tres indicadores relacionados con el enfoque de las preguntas de investigación, el diseño y la interpretación de los datos. Por ello, se reflexionó sobre la necesidad de ampliar los elementos que componen esta competencia desde la perspectiva de quien ejecuta la labor de investigación y que además es el encargado de formar al futuro capital humano.

La presente escala obtuvo evidencias de validez y fiabilidad, lo que confirma que posee las propiedades psicométricas para la medición del constructo.

REFERENCIAS

- Al – Habashneh, M. H., y Najjar, N. J. (2017). Constructing a Criterion Reference Test to Measure the Research and Statistical Competencies of Graduate Students at the Jordanian Governmental Universities. *Journal of Education and Practice*, 8 (2), pp. 67-81. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1131564.pdf>
- Hernández, E., Estrada, V., & Keeling, M. (2018). Perspectivas y desafíos de la gestión del conocimiento y la competencia investigativa en la educación de posgrado. *UCE Ciencia Revista de postgrado*, 6 (1). <http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/123>
- Creswell, J. (2013). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed methods Approaches*. SAGE Publications.
- De Vellis, R. (2012). *Scale development. Theory and applications*. SAGE.
- Hair, J.F., Anderson, R. E., Tatham, R.L., y Black, W.C. (1999). *Análisis multivariante*. Prentice Hall.
- Hu, L.T. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, pp. 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Ismail, R., y Mohd, S. (2012). Evaluating the Research Competencies of Doctoral Students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 59, pp. 244-247. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.271>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 3, pp. 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Méndez, T., Ojeda, M. M., y Hernández, J. (2014). El informe del primer estudio de egresados del posgrado. En M. M. Ojeda, S. Figueroa, Bernal, B., y C. R. Castro (Coord.), *Primer estudio de egresados del posgrado de la Universidad Veracruzana*, (pp. 15-52). Imaginaria Editores.
- Mohn, T., Effendi, K., Pramela, Z., Choo, D., y Mahmud, D. (2011). Developing an Instrument to Measure Research Skills. *Procedia – social Behavioral Sciences* 60 (2012), pp. 630-636. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.434>
- National Postdoctoral Association [NPA]. (2019). Core competencies Checklist. Recuperado de <https://www.nationalpostdoc.org/page/CoreCompetencies>
- Swank, J. M., y Lambie, G. W. (2016). Development of the Research Competencies Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 49(2), pp. 91-108. <http://dx.doi.org/10.1177/0748175615625749>
- Valdés, Á., y Vera, J., y Martínez, A. (2012). Competencias científicas en estudiantes de posgrado de ciencias naturales e ingenierías. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación*, (39), pp. 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=998/99826889012>
- Zambrano-Sandoval, H. & Chacón-Corzo, C.T. (2021). Competencias investigativas en la formación de posgrado. *Análisis cualitativo. Revista Educación*, 45(2). <https://doi.org/10.15517/revedu.v45i1.43646>

El cuidado de la salud y el tratamiento de las enfermedades según el contexto cultural del pueblo ñuu savi de Oaxaca

Health care and disease treatment according to the cultural context of the ñuu savi people of Oaxaca

AUDELIA HERNÁNDEZ LÓPEZ

Universidad Autónoma Chapingo, Estado de México, México(audeliahernandezlopez3@gmail.com)(<https://orcid.org/0000-0001-8496-4752>)

RESUMEN

El documento fue realizado con la propuesta de Marvin Harris (1995), conocida como “perspectiva emic”, y representa el espacio en donde visibilizamos cómo todas las acciones que acontecen dentro del sistema del cuidado a la salud, fueron relatadas y explicadas por los mismos actores participantes. La recolección de la información fue realizada mediante técnicas etnográficas: trabajo de campo, observación participante y aplicación de entrevistas semiestructuradas. En este trabajo damos cuenta de que, el hecho de cambiar algunos elementos en la cultura, particularmente en lo que respecta a la medicina tradicional herbolaria, no conlleva a perder el significado local o emic, sino que fortalece la estructura comunitaria. En este caso, la integración de plantas medicinales con estudios farmacológicos hecha por los científicos botánicos para la autoatención de la salud de la población de estudio, no desplaza los conocimientos locales, sino fortalece los conocimientos sobre la herbolaria.

ABSTRACT

The document was made with the proposal of Marvin Harris (1995), known as "emic perspective", and represents the space where we make visible how all the actions that occur within the health care system were reported and explained by them. participating actors. Information was collected using ethnographic techniques: fieldwork, participant observation, and the application of semi-structured interviews. In this work we realize that the fact of changing some

elements in the culture, particularly with regard to traditional herbal medicine, does not lead to losing the local or emic meaning, but rather strengthens the community structure. In this case, the integration of medicinal plants with pharmacological studies carried out by botanical scientists for the self-care of the health of the study population, does not displace local knowledge, but rather strengthens knowledge about herbal medicine.

PALABRAS CLAVES / KEYWORDS

enfermedad, salud, tratamiento, plantas medicinales, herbolaria, autoatención /
disease, health, treatment, medicinal plants, herbalism, self-care

1. INTRODUCCIÓN

La salud-enfermedad y muerte dentro de una cultura, es interpretada y asimilada de manera distinta, según los valores y creencias. De acuerdo con Pérez «...están condicionados -de una u otra forma- por la dinámica de las interrelaciones de tipo ecológico, económico, histórico, demográfico, político, social, cultural y religioso; que se materializan en cada uno de los contextos societales particulares». (2009, p.709)

La salud humana, considerada como una necesidad básica, es atendida por la población mediante el conocimiento tradicional popular de su cultura. En este sentido, para entender los términos de la relación salud-enfermedad, tomamos en cuenta los procesos de interrelación entre los pobladores con su contexto, las creencias, los valores y representaciones de la cultura. El estudio de las teorías populares sobre enfermedades abarca creencias acerca de las causas de las enfermedades, los remedios tradicionales y las técnicas de curación, la clasificación popular y sus efectos sociales. (Pérez, 2009, p.712)

La medicina tradicional es un patrimonio bio-cultural de una población, es holística en su percepción sobre la enfermedad, y la terapia es integral, por ello el proceso de diagnóstico se basa en el análisis de un complejo de fuerzas mágicas, divinas y naturales como causante de la enfermedad incluso la muerte. Con base en este planteamiento, se considera que cada vez es más importante revalorar los conocimientos que tienen las comunidades rurales en el uso de la medicina tradicional, ya que en ellos se encuentra una gran experiencia y prácticas; por lo cual, uno de los intereses principales de esta investigación es analizar el conocimiento tradicional de los rituales y de la flora medicinal usada en la región.

La investigación presentada en este documento, parte del uso de las herramientas del método etnográfico para analizar la relación directa de los actores con su contexto y dar cuenta de las transformaciones más significativas en la vida social. Observar, participar y sumergirse en la subjetividad de las vidas cotidianas, posibilita encontrar el sentido y comprender lo que motiva y orienta las prácticas sociales, así como el día a día de las personas (Pujadas, 2010). El «acto de participar cubre un amplio espectro que va desde 'estar allí' como testigo

mudo de los hechos, hasta integrar una o varias actividades de distinta magnitud y con grados variables de involucramiento» (Guber, 2011, p.66). Ello permite describir la relación de prácticas y significados de un grupo en concreto (Restrepo, 2016). En este sentido, la importancia teórica como herramienta de la etnografía, sirvió como una alternativa epistemológica ante el enfoque positivista, para darle otro sentido a la investigación y no repetir análisis en donde, en el objeto de estudio (es decir nuestra comunidad), se descarten aspectos subjetivos por la búsqueda de “cientificidad”. Es así que el método etnográfico desde la antropología, es útil en nuestro análisis para proceder a la inmersión subjetiva y comprender a la comunidad estudiada desde su interior, analizarla, no como algo ajeno, sino en una acción de compartir el mismo idioma para articularse en su quehacer en la vida diaria desde la medicina tradicional. En este sentido, es importante precisar que, la ejecución de esta investigación nació por el interés de retornar al campo por parte de su autora, quien es originaria de la comunidad mixteca, de donde partió para hacer una carrera universitaria, manteniendo su consciencia de responsabilidad para con su comunidad.

2. DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA Y ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD DE ESTUDIO

El municipio de Santa María Yosoyúa pertenece al distrito de Tlaxiaco y se ubica en la región mixteca alta, Oaxaca, México. Colinda al este con el municipio de San Juan Teita, al norte con San Mateo Peñasco, al oeste con San Pedro Molinos, al sur con San Pablo Tijaltepec y al suroeste con Santa Catarina Ticua (Unidad de Microrregiones, 2013). El rango de precipitación en parte de la comunidad va de los 200 a los 2500 mm; en otra zona es de 800 a 1200 mm anuales, y la parte con más baja precipitación presenta de 800 hasta 1000 mm anuales (Informe Municipal, 2010). La topografía se constituye por montañas, cerros, y zonas planas cercanas al río. Predominan los suelos arcillosos, pedregosos y con poco material orgánico. El clima que prevalece, es de templado a frío, las plantas de uso medicinal se extienden en todas las zonas de la comunidad, en los jardines, en los cultivos, en las montañas etc. y en las temporadas de lluvia es cuando hay mayor densidad vegetal.

En el municipio se practican actividades agrícolas tradicionales de la región, en sus pequeñas parcelas, las y los campesinos cultivan diferentes productos que son adaptables a la temporada de lluvias, la cual comprende aproximadamente de junio a octubre. Estos productos son mayormente de autoconsumo, dejando otros para el intercambio en el mercado regional¹. La agricultura local también se caracteriza por la presencia de huertos familiares que producen frutas y verduras complementarias de la dieta familiar.

¹ La agricultura de subsistencia converge con el mercado regional de cada jueves, en el municipio de Chalcatongo de Hidalgo, el cual reúne productores de 15 a 20 comunidades circunvecinas de las 35 existentes en la Mixteca Alta, incluyendo a Santa María Yosoyúa. El intercambio de productos puede ocurrir por trueque o con intervención monetaria, y se da entre minorías especializadas en determinada producción: las elaboradoras de tortillas de harina, las y los sembradores de ajo, los artesanos del barro, las tejedoras de palma, los especialistas en hortalizas, entre otros. En el mercado también se pueden hallar alimentos agrícolas e industrializados de todo tipo, artesanías, materiales plásticos industrializados, tecnologías agrícolas o domésticas y otros productos necesarios para la subsistencia de las familias, aunque la presencia de algunos de ellos es eventual porque depende de la suficiencia de las cosechas, la temporalidad agrícola y las necesidades de los productores y los consumidores.

Los habitantes también se dedican al cuidado de ganado vacuno, ovino, caprino, porcino, equino y de aves de corral, el cual cumple la función de fuerza de trabajo, o bien se emplea para la celebración ritual, la conmemoración de fiestas religiosas y la veneración de lugares simbólicos, o para su venta en el mercado en los casos de emergencia monetaria.

En la comunidad, las viviendas se separan a una distancia de cien a doscientos metros. Las familias tienen su ganado en un corral que se construye sobre todo de madera, y se ubica en un rango de diez a cincuenta metros de la vivienda. Cada familia tiene un mínimo de tres y un máximo de seis perros, según la cantidad de ganado con la que cuenta; por ejemplo, si sólo tiene aves (guajolotes y gallinas), posee de tres a cuatro perros, mientras que, si la familia tiene aves, cabras y ovejas, las cuidan hasta con seis perros.

Los miembros del pueblo Ñuu Savi elaboran algunas artesanías propias de la región, como lñuxini (sombrero)², Into'o (tenate)³, yuu (petate)⁴, tavichi (sopladore)⁵, tayiku (escobita)⁶ o los tijiyo (chiquigüite)⁷, todos ellos tejidos a mano con palmas naturales del monte. Tales artesanías se destinan para el uso en el hogar, o para su trueque en el mercado por productos traídos de otras comunidades cercanas. Para generar ingresos monetarios, los mixtecos también trabajan en los pueblos vecinos, en otras partes de la región o del mismo estado, y en otros estados del centro y del norte de la República mexicana.

La agricultura reúne a los miembros de las familias para colaborar sin importar la edad o el sexo, este trabajo conjunto constituye un espacio de aprendizaje, en el cual las personas relatan historias de vida, cuentos, chistes, leyendas, saberes y conocimientos acerca del modo de vivir diario, y del pensar en la comunidad. Se puede considerar también un espacio humorístico de entretenimiento y comunicación, adecuado para transmitir oralmente todo tipo de conocimientos que se han adquirido a lo largo del tiempo, por ejemplo, saberes tradicionales, recuerdos del pasado, experiencias y vivencias de algunos hechos.

Un rasgo esencial de los pueblos indígenas es la organización colectiva que, aunque no se perciba a simple vista, se presenta en las formas de trabajo, la toma de decisiones, la realización de festividades y la reproducción de conocimientos comunes sobre el territorio físico y simbólico. Asimismo, es un elemento para enfrentar el poder individualista externo que amenaza el territorio.

3. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS

2 Sombrero de palma natural; su producción representa el principal sostén económico de las mujeres en el hogar, ya que ellas son quienes mayormente los elaboran y los venden en el mercado regional a 8 pesos mexicanos cada uno.

3 Canasto de palma; hay de distintas formas y tamaños, según el uso que se le da, como guardar tortillas, sal, frutas o semillas, entre otros. En Santa María Yosoyúa, es común que la gente los use para hacer los mandados en el mercado, o como si fuera una bolsa de mano o una mochila por las mujeres.

4 Tapete de palma que se usa para sentarse o para dormir en el suelo. Hay de diferentes tamaños, por ejemplo, el de 2.5 x 2 metros para dormir.

5 Utensilio con forma de rombo y mango de palo, que tiene la función de sacar aire para mantener prendida una fogata mientras se cocina al aire libre o en la cocina.

6 Se usan para sacudir la mesa o barrer cenizas en el fogón, dentro de la cocina.

7 Contenedor tejido con una planta de la familia Asparagaceae, conocida como "cuchara del desierto", la cual tiene aspecto de palma y se encuentra principalmente en las zonas desérticas de México.

Sobre el territorio comunal en el sentido físico, cognitivo y simbólico, la construcción de los saberes comunitarios se genera mediante una relación en conjunto con la diversidad de seres reales y espirituales, con quienes conviven diariamente. Estos conocimientos permiten y determinan los valores sociales, el sistema de creencia cultural y el sistema cosmogónico, y son adquiridos y contruidos desde el territorio en conjunto con los niños, jóvenes, mujeres y hombres quienes viven en comunidad. Las prácticas acumuladas e intercambio de experiencias, vivencias, creencias e informaciones sobre el quehacer en comunidad, se transmiten cada día a través del hacer colectivo, como una manera de conservar y fortalecer la cultura comunitaria para generaciones presentes y futuras. Por ello, la niñez puede ser considerada como una de las generaciones por venir, que a su vez se encargará de transmitir de manera oral los saberes adquiridos a las siguientes.

Para la construcción de los conocimientos, es de gran importancia el trabajo comunal realizado por: mujeres, jóvenes, hombres e indirectamente los niños. En ello también existe una división de trabajo, a lo que Tzul (2016), llama la «inclusión diferenciada»⁸; ya que la participación de cada uno para lo colectivo es diferente. Por ejemplo, los asuntos relacionados a la preparación de los alimentos, la curación con plantas medicinales o la preparación misma para el cultivo y la cosecha generalmente son llevados a cabo por las mujeres. Sin embargo, las actividades que requieren de una mayor fuerza física, son realizadas por los hombres, representando una visión en donde los miembros de la comunidad se articulan y complementan para hacer el trabajo comunal y adquirir los conocimientos.

Es importante mencionar que, en el proceso de construcción de los conocimientos médicos, la principal manera de difusión se ha realizado mediante la práctica, observación y experimentación. Para mantener la salud y curar la enfermedad dentro del marco cultural se crean y elaboran teorías para explicar y diagnosticar tales fenómenos (Pérez, 2009).

4. EL CONOCIMIENTO Y MANEJO SOBRE LAS PLANTAS MEDICINALES

Nuestra salud y alimentación dependen de la diversidad biológica que existe en nuestra región, y que, desde la biotecnología, es la fuente de múltiples medicamentos, además de que sustenta el suministro de aire puro y agua dulce, a la vez que contribuye al desarrollo económico y al enriquecimiento cultural y espiritual.

El uso de las plantas medicinales es común en nuestro municipio de estudio, aunque en su mayoría se desconoce muchas de sus propiedades, otras formas de empleo y modos de aplicación. En este sentido, las poblaciones rurales solucionan sus problemas con conocimientos medicinales que se reproducen en el entorno local, ya que los servicios de salud son una de las necesidades más demandadas.

Nuestros ancestros observaron y experimentaron que las plantas tenían propiedades curativas, y es por ello que han sido utilizadas para el tratamiento de diferentes patologías.

⁸ Es el nombre que elige para dibujar el lugar de las mujeres indígenas al interior de la trama comunitaria en Chumimeq' ena' y para reflexionar sobre caminos para re (equilibrar) tal condición. (Tzul, 2016, p. 12).

Hoy en día se siguen aplicando diferentes métodos de curación que incluye prácticas de herbolaria, sin embargo, es importante tener en cuenta que, no necesariamente la totalidad de una planta contiene propiedades curativas, pues algunas veces sólo es utilizada una parte de ella como: hojas, tallos, pétalos, flores, semillas, frutos, resinas, cortezas, maderas, plantas enteras, partes aéreas, espinas, polen y corteza de frutos.

La mayor parte de las plantas medicinales que usa la comunidad mixteca, es de origen silvestre, es decir, que crecen espontáneamente junto a los cultivos o en los campos en cada temporada de lluvia, por ello, mantiene una buena calidad en sus propiedades, por estar libre de la contaminación propia de los materiales pesados o pesticidas agrícolas. Las plantas se recolectan cuando se presentan necesidades y nunca es almacenada para el comercio, ni se les subordinada al nivel de materia prima para explotar. Siguiendo esta idea, por medio de la práctica y conocimiento se aprovecha de la diversidad de plantas, a la vez se practica la conservación de ellas con la conciencia de que en algún momento serán utilizadas. El aprendizaje sobre las plantas medicinales suele ser familiar y comunitario, ya que se aprende practicando, observando, preguntando, reproduciendo, añadiendo o quitando elementos. De esta forma el aprendizaje se hace de manera consciente e inconsciente, el saber se va asentando (Jeane, 2018).

Frente a todas las plantas medicinales documentadas, en las localidades rurales existe una gran cantidad de ellas sin uso medicinal, mientras otras han desaparecido sin saber que tienen principios activos para prevenir y sanar enfermedades. Según los estudios científicos de la botánica médica, la población en general no posee los conocimientos suficientes para un consumo responsable de las plantas, no se distingue un cocimiento de una infusión; no se sabe que las plantas aromáticas no se hierven; los téis, ya hechos, no se debe guardar y mucho menos con la planta, ya que con el tiempo se extraen taninos que pueden ser tóxicos al hígado, principalmente en los niños (Muñetón, 2009).

La curación con plantas medicinales es en sí una ciencia vasta, incorpora un complejo de conocimientos que requieren de la comprensión de la naturaleza, cosmos, suelo, agua, así como las características de las plantas y las enfermedades. En este sentido estamos de acuerdo con Santillo cuando menciona que: «La aplicación de las plantas medicinales para la curación en realidad requiere de sabiduría sin límite, discernimiento y comprensión del orden natural del universo, la naturaleza y la humanidad, también requiere de variar el tipo y combinación de hierbas y métodos de procesamiento de acuerdo a las circunstancias y las diferencias personales» (Santillo, 2001, p.22).

En el sentido sobre la curación y similitudes de las plantas medicinales con los órganos del cuerpo humano, Rodríguez, 2015 expone que, dentro del conocimiento sobre la herbolaria terapéutica, está presente el conocimiento sobre la similitud en la forma de la planta y el órgano al cual se le aplicará la actividad curativa sobre las enfermedades. En el contexto mixteco, por ejemplo, la planta iñu xi'i -espinas parecida a la uña de gato que provoca un dolor intenso al espinarsse con ella- es usada para dolores fuertes del estómago, las reacciones al dolor son similares al espinarsse y al problema que provoca malestares.

Según la observación, a partir del empirismo se conocen las reacciones del organismo ante factores elementales: lo cálido y lo frío, lo seco y lo húmedo, lo amargo y lo dulce, lo crudo y lo cocido. En este sentido estamos de acuerdo con la epistemología paracelsiana, respecto a que: «La idea de que todas las cosas llevan un signo que manifiesta y revela sus

cualidades invisibles...» (Agambe, 2010, p.43). Ya que a través de los signos «...el hombre puede conocer aquello que ha sido signado en todas las cosas, exhiben sus cualidades, formas y figuras». Desde la misma perspectiva, el idioma es fundamental para nombrar a las plantas según su similitud en color y forma, en relación con el problema de salud.

5. LA IMPORTANCIA DE LA BIODIVERSIDAD EN EL CONTEXTO ÑUU SAVI

La capa de organismos vivos que ocupan la tierra, ha sido utilizada por los agricultores y las comunidades durante siglos, y sigue siendo un elemento clave de las estrategias de subsistencia para las poblaciones que practican las actividades agrícolas tradicionales, por ello la necesidad de considerar la biodiversidad en los sectores públicos y privados según la FAO, 2019.

Según el Convenio sobre Diversidad Biológica (CDB), adoptado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), que entró en vigor el 29/12/1993, la biodiversidad «significa la variabilidad entre organismos vivientes de todo tipo u origen, incluyendo, entre otros, ecosistemas terrestres, marinos y otros sistemas acuáticos y los complejos ecológicos de los cuales ellos forman parte».

Por lo anterior la biodiversidad es pertinente para la agricultura o agrobiodiversidad, ya que este no se refiere solo a lo cultivado, sino que este sistema contribuye con los procesos ecológicos, por los mantenimientos de todas las formas de vida: plantas, insectos, artrópodos, microorganismos, hongos, bacterias, etc. (Sarandon et al, 2014).

En este sentido, la agricultura practicada por la población a partir del conocimiento de su medio, la observación y la experiencia, identifican las plantas comestibles de las plantas medicinales y la maleza que hay quitar de sus cultivos. En la lengua mixteca hay tres formas claras de nombrar a estas especies. Planta medicinal es “yuku”, planta comestible o quelite es “yuuva”, y otras plantas consideradas como “maleza”, y que en su mayoría se usan para la alimentación de los animales, son denominadas como “ku’un”. De acuerdo con Sarandon, «Las denominadas malezas no son plantas que nacieron del lado equivocado del mundo, no son plantas «malas» en sí misma, y puede tener un gran valor para otros usos o funciones» (2014, p.19).

La diversidad de plantas reproducidas en la parcela de los campesinos es fundamental para la reproducción de la forma de vida, y ha permanecido gracias al inexistente uso de las plaguicidas en los cultivos. Desde esta perspectiva la FAO, 2019, apunta a la contribución que ha hecho la aplicación y el fomento de los conocimientos indígenas y locales en torno a la biodiversidad, no solo como piedra fundamental para la conservación de ésta, sino para generar seguridad alimentaria, nutrición y salud dentro de las comunidades.

En el sistema agrícola de producción de los campesinos, existe una amplia estrategia

para el incremento y uso sostenible de la biodiversidad, generando un vasto espectro de especies cultivadas mediante la rotación de cultivo, asociado a la agroforestación tradicional con especies perennes. Es decir, en perímetros de las parcelas, es común encontrar arbustos y árboles frutales-medicinales o comestibles como: *Ipomoea murucoides* Roem. Schult (Casahuaste), *Acaciella angustissima* (Miller) Kuntze (timbre, guaje), *Fraxinus uhdei* (Wenzing) Ling (fresnos), *Juniperus communis* L. (enebros), *Annona reticulata* L. (anonas), *Pinus Oocarpa* Schiede Ex Schl. (ocote), *Erythrina americana* L. (colorín macho), *Casimiroa edulis* Llave & Lex (zapote blanco) etc. Estos arbustos y árboles tienen varios propósitos, servir como leños, dar frutos, ser usados en su forma medicinal y como barreras vivas para el control de la erosión hídrica del suelo.

El desarrollo del sistema MIAF (Milpa Intercalada con Árboles Frutales)⁹, se ha convertido en un saber milenario para los campesinos, quienes, de generación en generación, practican el sistema milpa-árboles, ya que, en el perímetro de sus cultivos, suelen plantar árboles con fin medicinal y de alimento. Así mismo, es preciso decir que, algunos de estos árboles conectados con el entorno, ya que muchos de ellos también crecieron ahí debido a la transportación de sus semillas por medio de los corredores de vientos y se reprodujeron alrededor de las parcelas.

Dado que el sistema agrícola es multifuncional, las familias son dependientes de la diversidad que se desarrolla en sus parcelas de forma espontánea o cultivada, algunos por ser especies comestibles y medicinales. De acuerdo con Sarandon et al, (2014, p.70), «uno de los componentes fundamentales de la diversidad biológica agrícola son las plantas que crecen de manera espontánea junto a los cultivos». El conjunto de plantas constituye una fuente de diversidad que brinda caracteres valiosos según los distintos motivos de selección, recolección y conservación, tal como señala el manual de la agricultura ecológica:

Las llamadas malas hierbas son auxiliares de la naturaleza que ayudan a compensar los desequilibrios en el suelo, pueden absorber ciertos nutrientes oligoelementos del suelo con mayor facilidad que las plantas cultivadas. Esto significa que las malezas pueden servir de indicadores de algunas características de los suelos (acidez, reserva de nutrientes, materia orgánica, temperatura, etc.) Porque muchas de ellas prevalecen según el tipo de suelo por lo que también pueden llamarse plantas indicadoras (ofrecen información valiosa acerca de las propiedades físicas, químicas y biológicas de un suelo). (Kolmans et. al, 1999, p.70).

Entre el agroecosistema, es de destacar el conjunto de interpretaciones locales de la agrobiodiversidad, es decir, los grupos de plantas medicinales y comestibles es percibido y agrupado por los agricultores según la cultura, desde esta línea, Sarandon et al, señala lo siguiente: «En los agroecosistemas, los/as agricultores/as son quienes mediante sus decisiones, saberes, lógicas, objetivos y posibilidades manejan los componentes de la agrobiodiversidad, y la complejidad que la misma alcance. De esta manera se establece un puente, una relación inextricable entre diversidad biológica y diversidad cultural» (2014, p.116).

9 «El sistema Milpa Intercalada con Árboles Frutales ha sido propuesto como una alternativa agroecológica para hacer que las Pequeñas Unidades de producción sean económica, social y Ecológicamente viable sin dejar de producir maíz, el cual es estratégico para la seguridad alimentaria» (Cortes, 2017, p. 82).

Sobre esta misma línea no hay que olvidar que en los pueblos originarios es común que se reproduzca el sistema policultivo, ya que es un conocimiento milenario que persiste en la actualidad. Por ello existe la conexión con las plantas tanto cultivadas como las que nacen espontáneamente dentro y fuera del perímetro de los cultivos. En este sentido, se puede destacar que las plantas que embellecen a la naturaleza, son nuestras hermanas, por algo se les nombran “ku’u” en la lengua mixteca (hermanas). Entonces las plantas aportan sus energías para el bienestar humano y de los animales, son nuestra medicina, nuestro alimento, por eso convivimos con ellas de forma armónica, ninguna de ellas es maleza o mala hierba que hay que quitar con el glifosato en los cultivos.

6. LA REINCORPORACIÓN DE CONOCIMIENTOS A LA HERBOLARIA LOCAL

En nuestro municipio de estudio tenemos identificadas 150 plantas complementarias, a las cuales les llamamos de esta manera, por ser especies que existen en la región de forma silvestre, ornato y doméstico, y de las cuales no se conocían los usos tradicionales, por tanto, no se daba los usos medicinales. De estas plantas se armó un herbario para dar a conocer los nombres científicos, las familias, nombres comunes en español, la parte comercializada, los usos tradicionales; además, se realizó la prensa botánica para identificar la planta en físico y mostrar para las personas interesadas. Este trabajo se facilitó a partir del cuadernillo que fue proporcionado por el curso de farmacia viviente impartido por el Instituto Tzapin de medicinas complementarias, ubicado en Texcoco de Mora Estado de México.

De igual manera se dispuso el herbario de plantas locales con el fin de identificar 100 plantas medicinales que son usadas por la población para auto atenderse de problemas de la salud, para ello se estableció la comunicación con los sabedores de plantas medicinales, dando paso a la recopilación de viva voz de las personas que han usado estos remedios de forma personal y familiar, enfrentando los malestares que se presentan. Así mismo, se realizó el registro sobre: los nombres comunes de las plantas en la lengua tnu’u savi sus partes utilizadas, tipo (doméstico, silvestre), formas de preparación (solo señalando en forma general si es por cocimiento, cataplasma, baño etc.), así como una pequeña descripción de sus características físicas y medicinales. Es importante destacar que las plantas usadas por las familias se distribuyen en diferentes zonas de la comunidad, en los cerros, zonas secas y húmedas; además en los jardines de traspatio y dentro y alrededor de los cultivos.

A partir de la asistencia al ciclo de talleres y conferencias “Agricultura Orgánica”, impartida en el departamento de agroecología de la Universidad Autónoma Chapingo, e impulsada por el Centro de Investigación Interdisciplinaria para el desarrollo Rural Integral (CIIDRI), enero-junio del 2018, se adquirieron herramientas agronómicas básicas para la reproducción de plantas con la técnica del huerto biointensivo. Es así que, gracias al conocimiento obtenido en este evento, logramos impartir talleres de composta, reproducción de microorganismos y caldos minerales para el manejo y cuidado de las plantas en nuestro huerto de plantas medicinales.

De igual manera consideramos necesarios los conocimientos que adquirimos en los

talleres teóricas-prácticas que imparte el Instituto Tzapin de medicinas complementarias en las ferias y cursos, que además son de bajo costo, pues con base en ellos es que nos dimos a la tarea de elaborar productos medicinales derivados de las especies naturales, mismas que se reproducen en el huerto de plantas medicinales o que son recolectados de forma silvestre.

Con las acciones anteriores se pretende generar estrategias de recuperación de saberes, conservación y aplicación de conocimientos sobre otras formas del uso de la herbolaria, teniendo como uno de nuestros objetivos el poder conformar a un equipo de jóvenes mixtecos que colaboren en un proyecto para revalorar la medicina tradicional mediante el procesamiento de plantas medicinales, generando productos sustentables para la salud, higiene y cosmética. Consideramos que las plantas medicinales deben de ser usadas de manera sustentable, garantizando su existencia en un futuro, por ello, para nuestro proyecto se impulsó la siembra de plantas para evitar la desaparición de las especies nativas.

Es de destacar que en nuestra comunidad de estudio, la mayoría de las familias poseen pequeños huertos de traspatio, en donde no pueden faltar las macetas de plantas medicinales, esto con la finalidad de disponer de remedios frescos o simplemente para contar con opciones aromáticas para los guisados, de manera que el aprovechamiento de las plantas es integral, ya que permite complementar la alimentación, a su vez que mantiene la buena salud.

De acuerdo con Sarandon (2014), la mayor parte de las familias dependen de especies silvestres, cuyo respectivo nivel de extinción, a nivel local o regional, implica el necesario cultivo de plantas para fortalecer una herbolaria sustentable, por lo que es necesario tomar en cuenta algunos conceptos teóricos desde la perspectiva de esta autora.

Las plantas silvestres: son semillas sujetas a selección natural incorporadas a los agroecosistemas. Estas plantas no presentan modificaciones como consecuencia de la selección cultural;

Las nativas: son semillas de plantas cultivadas, que presentan modificaciones como consecuencia de la selección cultural y son propias del territorio donde se conservan y;

Las criollas: son semillas que han sido adoptadas y adaptadas a las condiciones ambientales y culturales de un territorio diferente al de su origen. (2014, p.104)

En nuestro municipio de estudio existe una diversidad de plantas medicinales, sin embargo, el conocimiento acerca de ellas está en declive. La conservación de este patrimonio no ha sido valorada, debido al cambio en el modo de vida del pueblo (perdida de lenguas y tradiciones por la sustitución de formas modernas de vida sobre el cuidado de la salud). Hoy también se reconoce ampliamente que el cambio climático afecta a la diversidad biológica, teniendo consecuencias negativas para el bienestar humano. Castelán apunta que la herbolaria mexicana está en crisis por diversas razones como:

Deterioro de los ecosistemas que elimina o contamina a numerosas especies medicinales.

Colecta excesiva para satisfacer las necesidades de una sociedad que ha adoptado

la moda del “naturismo”.

Desinterés de los jóvenes por conocer la flora medicinal.

Falta de alternativas para que los campesinos aprovechen sus patios y traspatios, sus campos de cultivos, sus bosques y sus selvas de manera sustentable.

Presión del comercio internacional que introduce en México plantas o productos derivados de ellas, y que son provenientes de países con mayor grado de desarrollo en el sector, lo que induce a la competencia desigual.

Presiones sobre los médicos tradicionales por el empleo ceremonial o terapéutico de especies psicotrópicas.

Los nuevos hábitos de consumo sustituyen el empleo de plantas medicinales por los medicamentos de patentes, menospreciando la herbolaria. (2010, p. 159-160)

Frente a los anterior, se proyectó incentivar y revalorizar las formas tradicionales de conocimiento y cultura entre la gente local. Es importante mencionar que, en esta segunda etapa de acción-investigación, fue difícil reunir a las familias que quedaron comprometidas a trabajar en la revaloración sobre el cuidado de la salud con plantas medicinales, sin embargo, se están ejecutando las actividades con becarios del programa de gobierno jóvenes construyendo el futuro¹⁰, con el fin de conocer la reproducción y herbario de plantas locales y complementarias; además de la elaboración de productos artesanales derivado de las plantas localizadas.

Así mismo, se impulsó el método óptimo de cultivo de algunas plantas, recolección y conservación para ofrecer en el mercado local y redescubrir nuevas especies con validación medicinal. En este sentido es importante hacer mención que, las acciones de colaboración entre población local e investigadores, frecuentemente se inician a partir de la iniciativa de retornar el conocimiento científico generado a las poblaciones locales.

Una forma común de usar las plantas es con la combinación de las mismas, proceso que en la herbolaria se le conoce como “fórmula magistral”. Este conocimiento no está documentado, sino que se ha mantenido mediante la oralidad, de generación tras generación, y aunque existe una carencia de evaluaciones científicas que lo sustenten, no por ello se descartan sus méritos terapéuticos.

7. FORMAS DE PREPARACIÓN MÁS COMÚN DE LAS PLANTAS MEDICINALES POR LA POBLACIÓN

Durante el proceso de la construcción del herbario de plantas medicinales locales, pudimos visibilizar que, entre las formas más común de preparación, están las siguientes:

- El cocimiento de plantas medicinales generalmente se usa para sanar los dolores del estómago. Para este procedimiento se coge la planta y se pone en una olla con agua,

¹⁰ En el actual gobierno de Andrés Manuel López Obrador se creó el programa "Jóvenes Construyendo el Futuro" y con ello brindar becas a más de 2.6 millones de jóvenes de 18 y 29 años que no estudian y no trabajan.

se espera para el hervor y después se bebe una taza para quitar los malestares del estómago.

- Realización de cataplasmas para las heridas y dolores, en donde se coge la planta fresca o seca, se tritura, y posteriormente, con un trapo, se pone directamente en la herida.
- Proceso de pulverizado para las heridas externas y para la relajación muscular y para la bilis. Este proceso se lleva a cabo en heridas, se aplica el polvo directamente en el área afectada, en el caso de ser para la bilis se disuelve el polvo en una copa de licor o en una taza de agua y se bebe.
- Lavados para las heridas, en donde se prepara un cocimiento, posteriormente, con esa agua resultante, se hace el lavado de la parte afectada.
- Baños para el posparto, los cuales son realizados con plantas medicinales, sobre todo de laurel, repitiendo el proceso todas las veces que sea necesarias.
- Vaporizaciones para las heridas, fracturas, torceduras y esguinces. Para este tratamiento se hace el cocimiento de las plantas y posteriormente se vaporiza la parte afectada. Para este proceso también se calientan las piedras volcánicas y sobre ellas se esparce el agua para soltar su vapor sobre la parte afectada.

Estos tratamientos usados para sanar las heridas y malestares, son aspectos que comparten en común las familias de nuestra comunidad de estudio, formando así parte de la tradición oral comunitaria. Los pobladores han construido su propia cultura a partir de la convivencia diaria con la diversidad de plantas que existen en el territorio que habitan, desde tiempos remotos fundaron distintos tipos de relaciones con ellas, constituyendo una parte esencial y significativa de su vida cotidiana.

8. LA RECOPIACIÓN DE LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE LAS ENFERMEDADES DE LA POBLACIÓN LOCAL

En nuestro contexto de estudio, la población está inmersa en una trama de relaciones con seres reales y espirituales, donde moran las divinidades, los seres de la naturaleza, los difuntos, por ello debe prevalecer la armonía, reciprocidad y equilibrio entre ellos. En este sentido, las enfermedades son el registro de aquellas situaciones naturales causadas por accidentes, como lo es el exceso de frío o calor, o por las emociones como el enojo, el susto, la ira, la tristeza, la envidia y por el contacto con alguien cargado de una energía dañina. Todo ello implica el desacomodo o el mal funcionamiento de un órgano, provocando el dolor en alguna parte del cuerpo.

Por ejemplo, el susto es entendido como la pérdida de la entidad anímica provocada por una fuerte impresión. "El aire", es consecuencia del encuentro con el alma de algún muerto y de la energía que se concentra en lugares aislados donde moran los seres de la naturaleza, los dueños del monte. Es así que, la mayor parte de las enfermedades son causadas por una

energía dañina que se interna en el cuerpo de la víctima, y para tratarlas hay curanderos, limpiadores, chupadores, pulsadores y personas con experiencias.

Los cultos religiosos constituyen una actividad fundamental a la hora de observar y analizar las prácticas curativas de nuestro municipio de estudio; además de la fe en prácticas mágicas para combatir la enfermedad y conservar la salud. Desde esta perspectiva, «Para el estudio de la salud-enfermedad, dentro del ámbito de la cultura popular, es importante considerar la presencia del factor religioso» (Pérez, 2009, p. 712-13). A continuación, exponemos las enfermedades y los procesos de curación de la población de estudio.

Subida de anginas (amigdalitis)

El síntoma de esta patología es la dificultad para la deglución, lo cual va acompañado de dolor y sensación de estrechamiento. La exploración se inicia untando tomates calentados en el comal, con los cuales se dan suaves masajes al enfermo, de abajo hacia arriba, posteriormente el sanador, introduce la mano por la cervical del paciente para palpar el lugar afectado, dando pequeños empujones hacia arriba. Por otro lado, para este tratamiento es primordial la utilización de oraciones y ensalmos (lo que se llama “curación por la palabra”). Se confía en Dios, que es el que provee la sabiduría y la fuerza de sanar, y en voz baja o alta, se menciona esta frase: “En el nombre del Dios padre, del hijo, del espíritu santo”, acompañado del símbolo de la cruz.

Fórmula para curar el mal de ojo en los niños, se usan brotes tiernos de 7 plantas

Las posibles causas del mal de ojo

Las posibilidades que provocan la enfermedad pueden ser: los malos deseos y sentimientos de las personas que miran, tocan o piensan en los niños o seres más débiles, lo que equivale a decir que el mal resulta de la acción intencional de un ser humano. Por otro lado, también causan mal de ojo involuntariamente, las personas de gran energía o fuerza, que añoran, piensan, miran o tocan a otra, produciéndole un desbalance energético. Estas ideas se alejan de la medicina oficial, haciendo intervenir sentimientos, intenciones, fuerzas y poderes, siendo la principal causante, aquella intromisión de energías dañinas al cuerpo de la víctima.

Diagnóstico para el mal de ojo

- Mediante el olor del excremento y algunas reacciones físicas como la resequedad en los labios.

Plantas utilizadas para tratar el mal del ojo

1. Nta’a tnu nte’e (duraznos), planta doméstica
2. Yuku kue’e tinuu yii, planta silvestre
3. Yuku kue’e tinuu si’i, planta silvestre
4. Yuku timií, planta, silvestre
5. Tnu ntoko chingo (zapote blanco), árbol doméstico
6. Tnu xico, planta silvestre

7. Tika soni, planta silvestre

Procedimiento: se machacan todas las plantas y se le dan de beber al menor de edad por medio de cucharadas. Esto es acompañado con un ritual que consiste en: ahumar al menor de edad con el copal y excremento de animales silvestres (zorro y coyote), mientras se soban 7 brotes tiernos de cada una de las plantas en la cabeza del menor; posteriormente se soba con el huevo de gallina y al final se rompe en un plato agregándole sal y chile, para después colocar en la parte superior izquierda de la habitación. Se repite el procedimiento hasta ver una mejoría del menor enfermo. El ritual se realiza dirigiéndose hacia el Este-Oeste, siendo las primeras horas de la mañana, y cuando está a punto de ocultarse el sol, las más idóneas para tal acción.

Ritual para quitar el grano en los ojos

Tapar la cara con una jícara de palo y golpear 14 piedras al exterior de la jícara el proceso es de una por una hasta a completar las catorce, esto se realiza cuando sale y se oculta el sol. Se repite el procedimiento hasta desaparecer la afección.

El aire

Se denomina "aire" a las energías de los muertos, dueños del monte (toova), que suelen quedarse con la entidad anímica de la persona al momento de susto, o solo porque tienen el poder de hacerlo. Para poder limpiar y purificar el cuerpo de las energías negativas, se hace uso de huevos de gallina o plantas medicinales. Para detectar el origen del mal y proceder a la curación, en su mayoría se acude con los "pulsadores", quienes ponen atención a los sueños, revelando el origen de los padecimientos

Desde la perspectiva de la medicina tradicional, de acuerdo con Fagetti, (2011), el cuerpo humano es visto como un cuerpo energético", que produce energía, la cual circula en cada una de sus partes para mantenerlo con vida. El cuerpo es permeable y receptor de fuerzas externas a él, está en continua comunicación con su entorno con el cual intercambia y recibe energías buenas y malas, que también influyen en su salud y bienestar (Fagetti, 2011, p. 141-142).

En este sentido, la población está en relación constante con otros seres de la naturaleza, los difuntos en las que debe prevalecer la armonía, reciprocidad y equilibrio; además de que la posición del sol influye en la sanación.

9. PRÁCTICAS CURATIVAS ACOMPAÑADAS DE RITUALES Y CEREMONIAS RELIGIOSAS

Los saberes y las prácticas curativas, están ligados a una tradición ancestral producto del sincretismo, en el que se fusionan las manifestaciones de la religiosidad indígena y campesina que viven aún en sus creencias, mitos y rituales, los mismos que han sabido mantener a través de los siglos. El acto terapéutico es generalmente empírico y se acompaña de una intencionalidad mágico-religiosa, caracterizándose por su enfoque integral de la salud.

El sentido de sacralidad de la naturaleza está presente, la naturaleza está cargada de poder y hay que ofrecerle un ritual para que cuide de nuestros animales, cultivos y la familia, en este sentido tenemos cuatro prácticas relacionadas entre sí.

1. Tee tniì tuchi nta'a-Pulsador
2. Kuenchu'u-recogida de espantos, de almas o espíritus (Enfermedades de filiación cultural...)
3. Ka'an jin tova-Pedir permiso al espíritu antes de trabajar
4. Ta'avi itu-Alimentar al espíritu de la tierra

Teè tniì tuchi nta'a (el pulsador)

Esta práctica se refiere a aquella situación en donde la gente que está enferma acude a este especialista "Teè tniì tuchi nta'a". El pulsador manifiesta las causas del malestar, mismas que pueden definirse como uno o más de los siguientes actos: 1.- El quejante se portó de forma indebida en algún lugar, sobre todo no pidió permiso para realizar algún trabajo; 2.- En algún lugar llevó a cabo acciones que le asustaron; 3.- Cuando los espíritus del lugar piden su derecho de comer: el lugar de nacimiento, donde hayan lavado la ropa durante el crecimiento, la vivienda en donde se habita por más tiempo, las parcelas de cultivo y hornos (temazcal, horno de pan, hornos de barbacoa) 4.- Cuando algún enemigo le está haciendo brujería y 5.- algún espíritu del camino le afectó. El último y el penúltimo de estos puntos, son curados mayormente por los mismos pulsadores, ya que va incluido en su trabajo, en el cual realiza lo siguiente:

Cuando el espíritu del camino haya afectado al paciente, se soba en todo el cuerpo con un huevo de gallina, al mismo tiempo que se menciona: "en el nombre del espíritu santo recoge todo el mal de camino de este cuerpo". En el penúltimo de los puntos anteriores, el pulsador usa hojas del árbol de anona (*Annona reticulata* L.) o tabaco (*nicotina tabacum*), pero en caso de no contar con estos materiales, los sustituyen por hojas de libreta simulando hojas de las plantas. Una vez teniendo este material, se realiza el proceso en silencio y con las manos como si quisieran extirpar algo (de esa manera según ellos anulan el mal en la frente, en la nuca, en la espalda, en el vientre y en las piernas). En el último punto que expresa las causas del malestar, lo anulado es quemado para que desaparezcan los síntomas que aqueja al paciente.

Kuenchu'u (recogida de espíritus)

La mayoría de los enfermos sanan mediante esta práctica, ya que son conscientes del desequilibrio entre las entidades que integran a la persona, como la pérdida y el rapto del alma por el susto. En el tratamiento del susto se debe llamar al espíritu y/o alma del enfermo (nombre completo), posibilitando que el espíritu reingrese a su habitual locus corpóreo como podemos ver el siguiente caso.

El paciente aquejaba del dolor de las rodillas, este acudió al pulsador y le dijeron que: "le causaba el lugar donde provocó un incendio". Posteriormente se decidió que, en dicho lugar, se debería llevar a cabo el ritual de "la levantada o la llamada del espíritu", haciéndolo de la siguiente manera:

La familia fue reunida para preparar el alimento especial que ofrendarían a los espíritus, a los que le llaman “tova”, y en específico al de lugar donde fue provocado el incendio. Los ingredientes para el procedimiento son: pollo, pulque o aguardiente (alcohol de 22 grados), material para elaborar cruces (palma), agua bendita, incienso y tortillas.

Para comenzar, estos materiales se soban al paciente, se prepara el agua bendita y posteriormente se inician los preparativos. Se sacrifica el pollo, se guarda la sangre y las plumas para ser entregado a los espíritus, se ponen a cocer la carne, se prepara el platillo tradicional que es el mole amarillo. Posteriormente se lleva a cabo la preparación de las tortillas y las empanadas, el agua con la cual se lavan las cosas, también se guarda al terminar el preparativo. Una vez arreglado el alimento se divide en partes iguales para que cada uno de los espíritus se alimenten: dos platos llenan de mole con su respectiva carne, 14 tortillas, dos empanadas de tripa, $\frac{1}{4}$ de aguardiente o medio litro de pulque; se divide la sangre, las plumas y el agua con la que fueron lavados todos los materiales usados.

Al llegar al lugar se dirige con los siguientes rezos: Su’u santu (santo), señor san Pedro, san Pablo, señor san Cristóbal, Kunee ka’anu kunee vee ini ni, ja su ya’a ntuxika ni in ja’a yuu in ja’a yutnu (tú que habitas junto a una piedra o un árbol). Nkuni in tova kava, ja su ya’a cha’antu ncha’a ntoso in se’e in tata ni (disculpa a tu hijo, ya que en este lugar se equivocó). Nombre completo de la persona enferma. Ja su ya’a ntativi ntayoko ni in kue’e, na ntechi na nta’a ja nto’ode ma sa’ani ja ya’a ja yuka, chi nta’avio (te pido que limpies el mal que tiene tu hijo, compadécelo y no le hagas daño).

Su’u santu (santo), señor san Pedro, san pablo, señor san Cristóbal. Nte kajiyo mani ko jinta ka’a tnani. su’u santu en el nombre del padre, del hijo del espíritu santo, amén. Eso se dice mientras se rocía el aguardiente o pulque en los cuatro puntos cardinales, ya que no se sabe el punto exacto donde ocurrió el hecho, sin embargo, se hace la invitación a que los espíritus se reúnan al dicho lugar, por ello se dice: Nte kajiyo mani ko jinta ka’a tnani.

Una vez hecho lo anterior, se hace el fuego o se cava el lugar en donde se dejarán los alimentos, mientras tanto, las personas aprovechan para platicar algunos hechos ocurridos. Posteriormente se repite: Su’u santu (santo), señor san Pedro, san Pablo, señor san Cristóbal. Kunee ka’anu kunee veeini ni ja su ya’a ntaja jo nteyu ja jikuta’avi ntaka ncha ntaka tu’u mani. su’u santu en el nombre del padre, del hijo, del espíritu santo, amén, se dice esta última oración mientras se dejan caer los alimentos y se menciona todo lo que se deja: la sangre, las plumas, el agua, los dos platos de comida, las 14 tortillas, dos empanadas. Se cree que, si se quema todo rápido, es porque estos espíritus tienen mucha hambre.

Se dan paso a los rezos “Santa María” y “Dios te salve”, 4 veces cada una. Se repite a los santos: Su’u santu (santo), señor san Pedro, san Pablo, señor san Cristóbal. Ja ya’a ntakana sa ana in se’e in tata ni, significa que va a llamar el alma del paciente: “ahora te pido permiso para llamar a tu hijo, tu semilla”. Enseguida llama el nombre completo del enfermo, invitándolo a que regrese al cuerpo material, haciendo referencia a los cuatro puntos cardinales con una bandeja de agua bendita, dentro de esto se presentan los 10 inciensos. Una vez que se termina este proceso de llamada, se recogen aproximadamente 5 gramos de tierra por los cuatro puntos, posteriormente se guarda el agua bendita en un recipiente limpio, ya que al final esta agua es consumida por el enfermo. Para finalizar, si aún queda alguna bendita, se rocía por todas partes hasta agotarla. Este ritual se realiza aproximadamente 12 minutos.

Para terminar este proceso, se agradece que todo terminó bien, se ahúma al paciente con

el incienso, con la tierra recogida se hace una pasta espesa y es untada en los brazos y en las piernas figurando una cruz, se le da de beber un poco de agua bendita y con esa misma agua se le sopla en la cabeza, siendo la puerta del lugar, el espacio adecuado para realizar esta acción.

Este ritual de sanación fue acompañado por la palabra que designan fórmulas en las que se invoca y se actualiza el poder de las deidades. Los símbolos del catolicismo se hicieron presentes, tales como la señal de la cruz, el rezo, el agua bendita; y del cosmos se usaron los puntos cardinales. Para ubicar y comunicarse con el espíritu, el paciente debió acudir con el pulsador que orienta los lugares mencionados anteriormente.

La lógica de esta praxis radica en reunir las entidades, de cuyo equilibrio depende la salud, y en donde el nombre juega un rol fundamental puesto que es la entidad que atrae al espíritu. Así mismo, la sanación se debe al consumo de remedios y a las acciones simbólicas que se realizan, tales como la señal de la cruz o las oraciones que suelen acompañar la preparación del agua bendita. Con lo anterior, la practica uno y dos se relacionan entre sí.

El nombre completo de la persona doliente es primordial, ya que a partir de ella se puede proceder a su cura sin la necesidad de contar con su físico. En la ausencia está presente una entidad real y válida como la presente corpórea y así mismo, por medio del nombre se manipulan las acciones de daño, pidiendo males específicos que se escribe en velas enterradas en el cementerio, se ata o se clava con alguno material para influir sobre la vida de las personas (Idoyaga Molina, 2002).

Ka'an jin tova (hablar con espíritus de la tierra) y ta'avi itu (ofrecer el derecho de alimentación a la tierra)

Ka'an jin tova y Ta'avi itu son dos prácticas estrechamente ligadas entre sí. La primera de ellas refiere a las formas de organización, comunicación y socialización que permite relacionarse con los componentes bióticos y abióticos de la naturaleza, tener conciencia de los elementos divinos y sagrados, y expresarlo por medio de una serie de prácticas ceremoniales, de permiso y agradecimiento, antes de emprender cualquier actividad, ya sea de siembra u otra, y después de recoger las cosechas o de terminar cualquier actividad.

Los seres humanos son vulnerables a cometer acciones sin el debido cuidado y respeto en los diferentes espacios, se cree que, ante malas acciones, son castigados con la enfermedad, sintiendo malestar en cualquier parte del cuerpo, en este caso son obligados a pedir disculpa y realizar una ofrenda, por ello se realiza la práctica uno y dos que se describen líneas arriba.

Ta'avi itu

Es una práctica que se realiza año con año, como una forma de agradecimiento, convivencia y, sobre todo de conciencia, al apropiarse de los recursos materiales y ecológicos, trabajándolos y transformándolos, pero primordialmente respetándolos y venerándolos. De esta manera se integran a una vida ritual comunal que consiste en lo siguiente:

La familia decide la fecha para agradecer y pedir al "tova" que los proteja y cuide, así como al cultivo, a los animales y a las plantas. Una vez tenida la fecha se prepara patillos

tradicionales como pueden ser, el mole amarillo con pozole de pollo¹¹, o barbacoa de caprino¹². Se prepara según la cantidad de familia y lugares a ofrendar, ya que el alimento que es cocinado en una sola olla, se comparte entre los humanos y los seres anímicos. A cada lugar se llevan dos platos de comida y dos tortillas, esto es acompañado por aguardiente o pulque. Los platillos son enterrados en un lugar determinado o pueden ser quemados.

El ritual se inicia rociando la bebida mientras se nombra a los santos: “San Pedro, San Pablo y el señor San Cristóbal. Tú que eres el Dios de la tierra y de la casa, que cuidas el fruto de mi trabajo, la casa y los animales, vengo a ofrecerte disculpas si me he tardado y no traigo todo lo necesario para ofrendarte los sagrados alimentos que te pertenecen”.

Entre las prácticas y nociones rituales que remiten al catolicismo, figuran la repetición de la señal de la cruz, la invocación y los rezos a las deidades, tales como Dios Padre, del hijo y del espíritu santo, así como a la Virgen en sus múltiples manifestaciones, y los santos: San Pedro, San Pablo y el señor San Cristóbal, que son los seres míticos con que las familias cuentan más frecuentemente entre sus auxiliares.

Este ritual depende de la cantidad de ofrenda, se exige el cuidado de la pertenencia ya sean animales, la tierra, las plantas, la casa y la familia. Para la familia son acciones con fundamentos terapéuticos, ya que garantiza el poder liberarse del mal provocado por el espíritu de la tierra, de la casa o del lugar. De lo contrario, este ente sustrae el alma de algún miembro de la familia, como castigo al incumplimiento, a la falta de cuidado y de respeto en las ofrendas rituales.

Estas formas de comunicación con la tierra, manifiestan la consciencia que hombres y mujeres tienen del espacio que habitan y del sentido de pertenencia que éste les genera, son rituales que por años han dado identidad y continuidad a esta comunidad, son elementos religiosos vigentes, que les permiten a los pobladores, venerar a sus deidades solicitándoles el cumplimiento de cosechas abundantes y el cuidado del fruto del trabajo y de la familia.

Al llevarse a cabo dicha práctica, se preparan alimentos que no sólo satisface una necesidad biológica, sino que también nutren a los espíritus invisibles de la comunidad. Para los pueblos originarios, los alimentos conforman ritualidad, ofrenda, técnicas y saberes ancestrales que mantienen un vínculo indisoluble con el entorno que habitan, esto es una manera de concebirse a sí mismos como parte de la naturaleza, por lo que el respeto y la contemplación hacia la tierra que trabajan, son fundamentales. A partir de esta relación surgen las actividades rituales que se expresan en ceremonias y prácticas religiosas de gran relevancia para la organización de la vida comunitaria. “En definitiva, los símbolos del catolicismo refuerzan el proceso de cura, pues se apropian del poder ritual de las acciones ejecutadas” (Idoyaga y Sacristán, 2007, p.193).

11 Este platillo es de origen oaxaqueño, el pollo se cuece con papas, ejotes y chayote, en un caldo espeso con chiles guajillo y otras.

12 La barbacoa hace referencia, principalmente, a la forma tradicional para preparar carne al vapor y en sus propios jugos.

10. LA PARTERÍA ES LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL

La partería tradicional es la medicina ancestral practicada por nuestras abuelas y madres, aquellas que nunca tuvieron un control prenatal por la institución de salud, sino que se atendieron con el conocimiento heredado de generación en generación y reconocido por la propia comunidad. Sin embargo, estos saberes que conllevan una atención médica tradicional, han disminuido por la falta de respeto y reconocimiento por parte del sistema de salud oficial, no obstante, a pesar de que las políticas integracionistas inciden en contra de los derechos de las parteras indígenas a ejercer la autonomía, aunque con muy poco auge, esta práctica continúa vigente y cuenta con sus propios mecanismos de reproducción social comunitaria.

En nuestra comunidad los conocimientos se comienzan a adquirir en casa, ya que son transmitidos por los abuelos, suegros y madre. Se comenta por las parteras que no son conocimientos transmitidos por medio de alguna enseñanza de forma consciente, sino que se da por el interés en aprender y animarse para practicar con la familia, sobre todo las madres con las hijas, y en ocasiones con vecinas u otras familias de la comunidad. Así, el cuidado de una mujer embarazada está en manos de la propia familia consanguínea, vecina o amiga.

El trabajo principal de las parteras consiste en “Nta tni va’a se’e” que significa acomodar bien el bebé, lo cual consiste en acostar a la embarazada sobre un petate en el piso, sobar la panza con algún aceite relajante, usar el rebozo para masajear la espalda y hacer leves movimientos horizontales de un lado a otro para que se acomode el bebé.

Se comenta también que, durante el embarazo es normal que ocurra el mal posicionamiento de los bebés, cuando esto sucede se nota físicamente, ya que se queda atravesado y se menciona en la lengua “jiko” o se baja “nkante’e”, ju kuiñi-. Estos son los posicionamientos más comunes que pueden sufrir las embarazadas. Debido a este hecho se padece la incomodidad y dolor a la hora de caminar, al igual la repentina sensación de orinar.

La especialización de las parteras estaba asociada con conocimientos integrales en diversos ámbitos, como lo es el ámbito nutrimental, de la herbolaria, espiritual y ritual, dimensiones de la integralidad consideradas indispensables para el bienestar de las mujeres, su comunidad y territorio.

El parto de las mujeres en la comunidad estudiada consistía en:

“Jinta tni’i va’a se’e”- acomodar al bebé es lo primordial, una vez que llega el momento de parir. Los primeros síntomas son “sa’a yata”- cólicos en la espalda baja, sa’a chii- dolor en el vientre, “vee tnaa”- sudoración, “ko’o yuku”-. En este proceso tomar té caliente de hierbas, “nte kentani ma”, hace que el bebé salga con facilidad, sin mucho esfuerzo.

Mantener el calor corporal, desde la cabeza a los pies, es fundamental durante la labor de parto, por ello se cubre la cabeza con cobijas, mientras se lleva a cabo el proceso.

“Tu kanakava soko”, que significa: no se cae la placenta, es un caso en donde se usaba el cabello de la propia mujer, incluso la cola de la vaca. “sikununu ixi nte kanakavani”, los cuales

eran introducidos en la boca de la parturienta para generar náuseas y facilita la expulsión de la placenta.

Plantas medicinales y medios que tienen fines terapéuticos en el momento del alumbramiento

El piloncillo producido del azúcar de caña, ruda-ruta chalepencis, zoapatle-yuku kava tata-montanoa tomentosa, huevos de gallina y licores, son los medios que están presentes para inducir y agilizar el parto. La mayoría de las parteras coinciden en el uso de Montanoa tomentosa Cerv. Zoapatle (yuku kava tata, yuku kava ki'imi). Esta planta se describe como una especie caliente que se administra a las parturientas obteniendo resultados muy buenos, generalmente se ingiere el cocimiento de las hojas en el momento en que empiezan las contracciones.

Se dice en la comunidad que con "Ja nuu"- el primer hijo, es más tardado el proceso del parto, a veces se demora hasta 24 horas. Hoy en día al primer dolor que tengan las parturientas, las envían a internarse en el hospital, a veces faltando días, en este caso ya no pueden tomar hierbas, las parteras ya no pueden intervenir, pues se les infunde el miedo de que el bebé o la madre mueran con esos tratamientos. Los encargados del sistema de salud les dicen que, si el bebé tiene el cordón umbilical enredado en el cuello, hay probabilidad de que se ahorque, por eso las parteras no deben de intervenir.

Ritual y práctica ancestral que acompañaba el parto

- El agua con que se lavaba la mano al cortar el cordón umbilical, se tira por el lado que deseen que se traiga a la futura esposa o futuro esposo del nacido, una vez que se presente la necesidad u oportunidad de casarse.
- La placenta se lavaba con agua limpia; se miraba cuántos hijos tendría de acuerdo con la estructura de la placenta, ya que según se decía, se podían observar unas bolitas que indicaban el número de hijos. Se cuentan las experiencias que, conforme van naciendo los hijos, se va reduciendo los indicadores en la placenta, y también se cree que, si se deseaba cambiar el sexo del siguiente hijo, se debería voltear la placenta después lavarla.
- Se envolvía la placenta en una tela de manta para poder ser colgada en lo alto de los árboles y así ser comida por las aves y no por los perros, así mismo se hacía esto como procedimiento importante para que el niño o niña fuera hábil, incluso para trepar los árboles. Según los conocimientos ancestrales, si no se lavaba bien la placenta, conforme el bebé fuera creciendo, padecería de afecciones oculares. Se cuenta que las placentas que eran colgadas de los árboles, generalmente no se observaba que fuera devoradas por algún animal o especie de ave, y podían permanecer ahí aproximadamente un año, hasta que se deshidrataba totalmente por el sol y se caía para ser reincorporada a la tierra.

11. CONCLUSIONES

Los cambios en la cultura son naturales en cada sociedad, en donde interactúan los elementos externos con los internos para renovar y apropiar, según Bonfil Batalla (1991). Esta idea nos lleva nuevamente a la reflexión sobre la complementariedad de los diversos conocimientos sobre la medicina, ya que las familias la usan a su favor, la apropian porque les sirve para sustituir en los tiempos difíciles.

Finalmente es importante agregar que, los conocimientos de la medicina local son parte del patrimonio cultural material e inmaterial que se reproduce, se trasmite a nuevas generaciones y se transforman en su contenido por los propios miembros. En este sentido, los participantes, mediante la práctica, son quienes deciden continuar y salvaguardar la cultura, que es considerada central en la vida comunitaria, para reproducir el símbolo que genera un sentido de pertenencia por medio de experiencias compartidas. Es de destacar que el hecho de cambiar algunos elementos en la cultura, no le hace perder su significado local o emic, sino que fortalece la estructura comunitaria. En este caso, al integrar plantas medicinales expuestas a estudios farmacológicos, realizados por los científicos botánicos para la autoatención de la salud de la población de estudio, no desplaza los conocimientos locales, sino fortalece los conocimientos sobre la herbolaria.

REFERENCIAS

- Agambe, G. (2010). *Signatura rerum sobre el método*. Anagrama, Barcelona. QUITAR LAS FUENTES QUE NO APARECEN EN EL CUERPO DEL ARTÍCULO
- Bonfil B., G. (1991). *Pensar nuestra cultura*, Azcapotzalco, México: Alianza.
- Castelán M., C. (2010). *Farmacia Viviente conceptos, Reflexiones y Aplicaciones*. Conmemorativa, México.
- Cortes, F., J.I. (2017). El sistema milpa intercalada con árboles frutales (MIAF). EN San Vicente (coord.). *Hagamos milpa, fortalezcamos la agricultura campesina*. México.
- Faguetti, A. (2011). *Fundamentos de la medicina tradicional*. Recuperado: https://silo.tips/queue/fundamentos-de-la-medicina-tradicional-mexicana?&queue_id=-1&v=1648147658&u=MTg3LjE0My43NC4xNTE= QUITAR LAS FUENTES QUE NO APARECEN EN EL CUERPO DEL ARTÍCULO
- FAO. (2019). *Estrategia de la FAO para la integración de la biodiversidad en los distintos sectores agrícolas*. Roma. <https://doi.org/10.4060/ca7722es>
- FAO y PNUMA (2020). *El estado de los bosques del mundo 2020. Los bosques, la biodiversidad y las personas*. Roma. <https://doi.org/10.4060/ca8642es>
- Guber, R. (2011). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Idagoya, M. A. (2002). *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: CAEA-CONICET.
- Idoyaga M., A. y Sacristán R. (2007). *Ritual y Terapia en los Tratamientos Tradicionales del Noroeste Argentino*. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.
- Jeane, D. (2018). *Protección y cura. Medicina tradicional en comunidades negras de la Costa*

- Chica, Oaxaca. México, D.F.
- Kolmans E. y Vásquez D. (1999). Manual de agricultura ecológica, una introducción a los principios básicos y su aplicación, Grupo de Agricultura Orgánica de ACTAF Ciudad de La Habana.
- Muñetón P., P. (2009). "Plantas medicinales: un complemento vital para la salud de los mexicanos. Entrevista con el Dr. Erick Estrada Lugo", en Revista Digital Universitaria, 10 (9).
- Pérez L., J.E. (2009). Consideraciones para el estudio del binomio salud-enfermedad en la cultura popular. Revista de Ciencias Sociales. 15(4), pp. 708-715.
- Pujadas, J.J. (2010). La etnografía como mirada a la diversidad social y cultural. Barcelona: UOC.
- Restrepo, E. (2016). Etnografía: alcances, técnicas y éticas. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Rodríguez, Pérez, Iglesias, et, al. (2015). Actualidad de las plantas medicinales en terapéutica. Acta Farmacêutica Portuguesa, 4 (1), pp 42-52.
- Santillo, H. (2001). Hierbas. La Curación Natural. Edit. Subhuti Dhramanada. Grupo editorial Tomo, S.A. de C.V.
- Sarandon, S. J. (2014). Biodiversidad, agroecología y agricultura sustentable. EULP, Argentina
- Tzul T., G. (2016). Sistema de gobierno comunal indígena: Mujeres y tramas de parentesco en Chuimeq'ena', Maya Wuj, Guatemala.

Representaciones docentes de los Elementos Distintivos del desempeño Profesional En las aulas hospitalarias

Teaching Representations Of The Distinctive Elements Of Professional Performance In Hospital Classrooms

CARLA ANDREA PALMA FLORES.

Universidad de Atacama, Copiapó, Chile(carla.palma@uda.cl)(<https://orcid.org/0000-0002-4273-8607>)

HELEN DÍAZ-PEÑA.

Clínica Dávila, Santiago, Chile(helendiaz@davila.cl)(<https://orcid.org/0000-0002-9618-4291>)

ELIZABETH ZEPEDA VARAS.

Universidad de Atacama, Copiapó, Chile(zepeda@uda.cl)(<https://orcid.org/0000-0002-1865-6732>)

RESUMEN

El quehacer docente que se realiza en las escuelas hospitalarias, si bien curricularmente se enmarca dentro de políticas educativas transversales para los distintos niveles de enseñanza y orienta su trabajo docente a través de los instrumentos orientadores vigentes, existen características que son propias de la génesis de estos establecimientos educacionales, las cuales marcan diferencias importantes con las escuelas tradicionales. Estas particularidades se reflejan en distintos elementos manifestados en la práctica pedagógica diaria; el tipo de vínculo que se establece entre estudiantes, familia cercana, personal sanitario, redes de apoyo y profesores, la orientación que se realiza a los cuidadores, las adecuaciones curriculares, ente otros. Estos elementos que son parte de un currículo oculto, donde las escuelas hospitalarias se enfrentan a múltiples diferencias relacionadas con la condición de salud de los estudiantes. Esta investigación busca describir las representaciones de profesoras y profesores que ejercen la pedagogía hospitalaria en el Colegio Construyendo Sueños Clínica Dávila.

Entre los principales resultados, se releva la importancia de la educación socio-emocional como elemento troncal que atraviesa todo el proceso biopsicoducativo y el vínculo entre el profesor y estudiante, basado en la pedagogía del afecto.

ABSTRACT

The teaching work carried out in hospital schools, although curricularly is framed within transversal educational policies for the different levels of education and guides their teaching work through the current guiding instruments, there are particularities that are characteristic of genesis of these schools, which mark important differences with traditional schools. These differences are reflected in different elements reflected in the daily pedagogical work; the type of bond that is established between students and teachers, the orientation that is given to parents and guardians, the curricular adjustments, among others. These elements that are part of a hidden curriculum, where hospital schools face multiple differences related to the health status of students. This research seeks to describe the representations of professors and professors who practice pedagogy in hospital schools.

Among the main results, the importance of emotional education is highlighted as a core element that runs through the entire educational process and the link between teacher and student, based on the pedagogy of affect.

PALABRAS CLAVES / KEYWORDS

Escuela hospitalaria, habilidades socioafectivas, vínculo, educación emocional, cuidadores, pedagogía / hospital school, socio-affective skills, bond, emotional education, caregivers, pedagogy

1. INTRODUCCIÓN

El sistema educacional chileno, se caracteriza por estar estructurado en niveles de enseñanza: El primer nivel es Educación Parvularia o Educación Inicial. Esta etapa abarca la formación de niños y niñas desde la Sala Cuna, en esta sala se trabaja con párvulos desde los 64 días a 1 año y 11 meses de vida, hasta el último nivel que es Transición Mayor, que da forma a niños y niñas desde los 5 años hasta los 5 años y 11 meses de vida. Luego de esta fundamental etapa el estudiante ingresa a la Educación Básica, que abarca la formación de niños y niñas desde primer año básico (seis años de vida en promedio), hasta octavo año básico (trece años de vida aproximadamente).

Finalmente, terminada la Educación Básica, los jóvenes ingresan a la Educación Media. En esta etapa se forma a los estudiantes por cuatro años, desde primer año medio, hasta cuarto medio. De esta forma, entre los 17 y/o 18 años, egresados de la Educación Media, ya se encuentran en condiciones de comenzar la Educación Superior.

Paralelamente existen doce modalidades de enseñanza que buscan atender las necesidades especiales y la diversidad existente, como son; Educación de Adultos, que busca dar término a las modalidades de enseñanza básica o media y Educación Especial asociada a trastornos, déficit o discapacidad.

Dentro de esta última modalidad educativa y por efectos de flexibilidad curricular y subvención, se encuentran las Escuelas y Aulas Hospitalarias que son establecimientos educacionales que atienden niños, niñas y jóvenes que presentan patologías o condiciones médicas que requieran permanecer internados o internadas en recintos hospitalarios y/o centros especializados de salud o, en el lugar que el médico tratante determine. Lo cual le impide asistir a su escuela de origen. Su principal objetivo es favorecer la continuidad de estudios de enseñanza Educación Parvularia, Básica, Especial y Educación Media de los respectivos procesos escolares de los niños, niñas y jóvenes en situación de enfermedad. (Ministerio de Educación de Chile, 2021)

Según Tomás Arredondo (2020), existen cincuenta y tres escuelas y aulas hospitalarias reconocidas por el Ministerio de Educación, las cuales se encuentran localizadas: 21 en la Región Metropolitana, 1 en la Región de Arica-Parinacota, 1 en la Región de Tarapacá, 2 en la Región de Antofagasta, 1 en la Región de Atacama, 3 en la Región de Coquimbo, 3 en la Región de Valparaíso, 1 en la Región de O'Higgins, 3 en la Región del Maule, 4 en la Región del Bío-Bío, 6 en la Región de la Araucanía, 1 en la Región de los Ríos, 4 en la Región de los Lagos, y 2 en la Región de Aysén. Cuarenta y cinco son de dependencia particular subvencionada, a cargo de fundaciones y corporaciones sin fines de lucro y ligadas al tema de las enfermedades de los niños, niñas y jóvenes, siete de dependencia subvencionada municipal y 1 de dependencia de la Dirección de Educación Pública. La creación de estas escuelas y aulas hospitalarias ha ido en aumento en todo el país y a la fecha alcanza una cobertura mensual de aproximadamente 2500 estudiantes y de 25.000 en forma anual, quienes tienen continuidad educativa y obtienen la certificación de sus estudios cursados en dichos establecimientos educacionales hospitalarios. Arredondo (2020), enfatiza que existe una coordinación permanente con el Ministerio de Salud, para abordar el buen funcionamiento de estas escuelas y aulas hospitalarias, situación que ha permitido ir fortaleciendo el accionar de estos establecimientos y proyectar su creación en nuevos hospitales públicos y privados del país.

La Ley de integración Social de las personas con Discapacidad N° 19.284/94 y Decreto Supremo N° 374/ 20-09-99, que modifica el Decreto Supremo N° 1/98, remplazada por la Ley 20.201 de 31 de Julio de 2007 y ratificada por el artículo 40 de la Ley N° 20.422 de Febrero de 2010 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, permiten la atención educativa de los niños, niñas y jóvenes de la educación parvularia, básica, especial y media que padezcan de patologías o condiciones médico funcionales que requieran permanecer internados en centro especializados o en el lugar que el médico tratante determine o que estén en el tratamiento ambulatorio y/o domiciliario, cuyo único propósito es favorecer la continuidad de estudios y así evitar su desfase y deserción escolar. (Arredondo, 2020, p. 1)

De acuerdo a Garuz, (2021), la pedagogía hospitalaria es un elemento que contribuye a la inclusión y la equidad, en la medida en que ofrece educación a todas las personas que por su condición de salud no pueden acceder al sistema educativo regular. Así mismo señala que se fundamenta en la educación de calidad y la salud como derechos fundamentales, en la salud y educación como procesos dinámicos y globales, en la calidad de vida y en su orientación hacia la enseñanza y aprendizaje, centradas en la persona y la familia. La

verdadera inclusión educativa y social requiere que la pedagogía hospitalaria se considere como parte de un sistema educativo inclusivo que trasciende fuera de la escuela regular, basado en las buenas prácticas y evidencias científicas. Se plantea la corresponsabilidad con la administración pública y la sociedad en general. De esta forma, mediante la inclusión y la equidad se debe avanzar hacia la justicia social.

Del mismo modo la UNESCO (2006), plantea que el logro de la igualdad social y educativa para los niños, niñas y jóvenes hospitalizados enfermos crónicos y/o en tratamiento ambulatorio latinoamericanos, exige la promoción y desarrollo de una modalidad educativa que sea flexible y compensatoria. Esta educación les debe permitir, en su lugar de hospitalización o recuperación, acceder a una educación de calidad con el fin de lograr, después de recuperar su salud, la reinserción o integración escolar. El foco central de la pedagogía hospitalaria es la atención educativa y la reinserción escolar, promoviendo así la movilidad social en el caso de este grupo que se encuentra en situación de vulnerabilidad y por lo tanto en desventaja. Asimismo, la pedagogía hospitalaria busca dar respuesta a la diversidad de necesidades educativas del estudiantado a través de adecuaciones en los contenidos y las prácticas educativas, respetando ritmos, capacidades, motivaciones e intereses de los niños, niñas y jóvenes.

Así mismo, Bustos, C & Cornejo, R (2014), señala que, en las aulas hospitalarias, los docentes se desenvuelven en un contexto muy distinto al de los establecimientos educacionales regulares, pues tienen, como factor común, estudiantes que han pasado por momentos difíciles debido a su enfermedad y que, día a día, deben convivir con ella, con el tratamiento, la medicación, dolores, frustraciones, inseguridades, etc. En estas escuelas hospitalarias, se matriculan niños y niñas, cuyas enfermedades requieren hospitalización, tratamiento o rehabilitación de carácter ambulatorio en clínica u hospital, por lo que los diagnósticos de los estudiantes son diversos. Sin embargo, es frecuente que, dadas las características de la enfermedad, aquellos estudiantes de más larga estadía sean niños, niñas y jóvenes con enfermedades oncológicas.

Un ejemplo concreto de aquello, es el Colegio Construyendo Sueños, ubicado en la comuna de Recoleta, Región Metropolitana de Santiago. Este establecimiento educacional hospitalario gratuito, que desde el año 2006 atiende niños, niñas y jóvenes, en situación de enfermedad, en los niveles de enseñanza pre-básica, educación básica y enseñanza media humanista - científica. El Colegio centra su quehacer en el compromiso de entregar una educación compensatoria a niños, niñas y jóvenes con situación de enfermedad, que requieran continuidad en sus estudios. De acuerdo al Proyecto Educativo del Colegio, la comunidad educativa entiende el concepto de educación como un proceso centrado en la formación del estudiante como persona integral proyectado en el hoy o en la alternativa de reinsertarlos en sus escuelas de origen o de algún otro establecimiento de educación regular que requieran. En consecuencia, sus docentes, conciben al estudiante/paciente como un ser en constante evolución, dueño de su voluntad, responsable de sus actos, valioso e irrepetible. Manifiestan como propósito, la intención de acompañar a sus estudiantes en sus grandes transformaciones, entregándoles la posibilidad de acceder a una mejora sustantiva en su calidad de vida y desarrollo personal. (Colegio Construyendo Sueños, 2021)

Según lo estipulado en el Proyecto Educativo Institucional del Colegio Construyendo Sueños (2021), los niños, niñas y jóvenes del Colegio Construyendo Sueños, reciben atención pedagógica en distintas modalidades: en sala de escuela hospitalaria; sala cama

(en condición de hospitalizados); sala de quimioterapia (en condición ambulatoria); y en domicilio (pedagogía domiciliaria). Así mismo, los estudiantes matriculados en este establecimiento, que son dados de alta del recinto hospitalario y deban permanecer en reposo médico en su domicilio u otro lugar, que el médico tratante determine, podrán ser atendidos por los profesionales de la educación de la respectiva escuela hospitalaria en forma personal o tutorialmente. Para tales efectos se considerarán como asistentes a clases. La atención educativa de un estudiante en condición de domiciliario, se realizará por parte de los profesores en el aula hospitalaria.

El Ministerio de Educación de Chile (2021a), presenta la Política Nacional de Educación Especial (2006-2010), como una instancia que busca hacer efectivo el derecho a la educación, a la igualdad de oportunidades, a la participación y a la no discriminación de las personas que presentan NEE, garantizando su pleno acceso, integración y progreso en el sistema educativo.

De acuerdo a lo establecido en la Política Nacional de Educación Especial, (MINEDUC, 2005), Las líneas estratégicas que se han definido para esta política tienen por finalidad crear nuevas y mejores condiciones para que los establecimientos de educación regular y especial puedan mejorar las respuestas educativas a los alumnos que presentan necesidades educativas especiales. En el corto y mediano plazo se desarrollarán acciones destinadas a lograr:

- A. Ampliar el acceso a la educación.
- B. Currículo y gestión escolar.
- C. Mejorar la integración escolar y la atención de la diversidad.
- D. Fortalecer las escuelas especiales. Participación de la familia, escuela y comunidad.
- E. Mejorar la formación inicial y en servicio de los docentes y profesionales de la educación especial y regular.
- F. Aumentar el financiamiento de la educación especial.
- G. Reforzar los equipos técnicos del Ministerio de Educación.
- H. Extender la comunicación y difusión. (p. 48)

En esta línea, Paulina Godoy, (2007), en el Seminario Aulas Hospitalarias, Reflexiones de VII jornada sobre Pedagogía Hospitalaria, profundiza sobre las acciones enmarcadas en la política y señala que, entre las acciones específicas más importantes a desarrollar en el ámbito de Pedagogía Hospitalaria, se pueden mencionar las siguientes:

- Promover la creación de escuelas hospitalarias, especialmente en las regiones donde no existen;
- Desarrollar acciones de articulación intersectorial, especialmente con el Ministerio de Salud.
- Fortalecer las redes y el trabajo en colaboración con las fundaciones y organizaciones que han desarrollado experiencia en el tema para generar acciones de información y

capacitación a lo largo del país;

- Elaborar orientaciones técnicas para mejorar la calidad de los aprendizajes de los niños y jóvenes que presentan necesidades educativas especiales por su condición de salud, tanto en la escuela hospitalaria como en su escuela de origen;
- Promover la incorporación de la temática de la pedagogía hospitalaria en las universidades e institutos de formación profesional;
- Promover la cooperación y el intercambio de experiencias con países de Latinoamérica y otros.

Finalmente enfatiza la importancia de avanzar hacia el desarrollo de una sociedad más inclusiva y respetuosa de las diferencias individuales es responsabilidad de todos.

Ante los grandes desafíos que deben cumplir las Aulas Hospitalarias para asegurar la continuidad en el desarrollo integral de niños, niñas y jóvenes, es necesario responder algunas cuestiones como las siguientes:

¿Se requiere un perfil específico para desempeñarse como docente en las Aulas Hospitalarias?

Desde la formación inicial docente, ¿Existe una preparación para enfrentar el desafío de trabajar en una Escuela Hospitalaria?

¿Cómo se desarrolla el trabajo entre el profesor y la familia y/o cuidadores?

2. PERFIL DOCENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

La actividad pedagógica en el contexto hospitalario, no es reciente y desde su inicio en Latinoamérica, ha transitado paulatinamente desde un enfoque centrado en la asistencia a un enfoque centrado en la garantía de derechos. Sin embargo, lo que hasta hace muchos años se venía haciendo con un marcado carácter caritativo-asistencial, poco a poco se ha ido convirtiendo en una nueva disciplina en educación: la Pedagogía Hospitalaria, la cual demanda una actividad profesional de los responsables que desempeñan sus competencias y herramientas específicas que van más allá de la actual formación en Educación Superior. Se precisan profesionales de la Educación que ejerzan fuera del ámbito escolar, y con competencias específicas para dar respuesta a las necesidades de estos niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de enfermedad; situación similar a la formación de otros profesionales no docentes que también realizan su labor en escuelas y aulas hospitalarias. (Díaz Arce, y otros, 2019)

Según lo señalado por (Serradas, 2015), la figura del docente en las aulas hospitalarias se ha ido introduciendo gradualmente, en la medida que se ha ido reconociendo su eficacia en el proceso de recuperación del paciente. La figura del profesor hospitalario se convierte

entonces, en un elemento decisivo para el ajuste educativo, social y psicológico del niño, niña y/o joven en situación de enfermedad u hospitalizado, actuando de intermediario entre el personal médico y sanitario, la familia y su escuela de procedencia.

Reyes y Martín, señalan que la figura del profesor es un elemento decisivo para el ajuste psicológico, social y educativo del niño, niña o joven enfermo. Este docente actúa también de intermediario entre el personal médico y sanitario, la familia y su colegio. Su perfil, se va elaborando con el quehacer diario de esta actividad y el apoyo de todos. (Reyes & Martín, 2018)

Las habilidades de un docente hospitalario, dentro de lo indagado hasta el momento, sería, la habilidad de verbalizar y encauzar su angustia (habilidades socioemocionales) le va a permitir coadyuvar a que el paciente-alumno desarrolle sus propias habilidades para adherir con prontitud al tratamiento y a su nuevo entorno. Poder encauzar lo emocional, independientemente de su naturaleza, propiciará que el paciente-alumno pueda invertir el conocimiento y aprender. (Lozamo-Medez & Arreolo, 2019, p. 8)

Según, (López & González, 2020), en relación con el perfil del docente hospitalario, se infiere, que no todo licenciado en educación puede trabajar en las aulas hospitalarias, ya que debe poseer unas características personales y profesionales específicas para que pueda educar a los niños, niñas y jóvenes en función de su enfermedad. Se comprende entonces que el perfil de los docentes hospitalarios implica una formación idónea que aborde aspectos relacionados con la pedagogía hospitalaria y cualidades como el equilibrio emocional, la empatía, la comunicación, la resiliencia, entre otras, que le ayuden a generar sentimientos positivos para que pueda hacer de las aulas hospitalarias un espacio educativo para la construcción de aprendizajes para la vida, que le proporcionen a los niños, niñas y jóvenes las motivaciones necesarias para afrontar, sobreponerse y salir adelante en su proceso.

Por otra parte, según lo señalado por Olga Lizasoáin, si nos centramos en los pedagogos que trabajan en el ámbito hospitalario no podemos dejar de concebir en su formación los aspectos teóricos que aborden este asunto. Hay que reconocer que la formación del personal se centra esencialmente en la adquisición de competencias técnicas y, el lugar que hoy ocupan los aspectos deontológicos, éticos y humanos es muy pequeño. Aquí la formación debe estar enfocada tanto hacia el 'saber hacer' como hacia el 'saber estar'. Situándonos cara a cara con el paciente, y ya para finalizar, diremos que lo que realmente cuenta en esos momentos es una presencia humana y profesional de calidad. (Lizasoáin, 2006)

3. VÍNCULO CON FAMILIA Y/O CUIDADORES

De acuerdo a las investigadoras (Ochoa & Lizasoain, 2003), Desde la concepción de la familia como un sistema, la enfermedad y la hospitalización, de cualquier miembro, tiene repercusiones sobre cada uno de los demás, así, lo que le ocurre a una parte de la familia

(por ejemplo, a un hijo que es diagnosticado de una enfermedad y es hospitalizado) afecta a las demás (por ejemplo, a los padres, hermanos, abuelos), originando un cambio en todo el sistema familiar. Dicho cambio origina a su vez determinadas alteraciones, lo que conduce a la necesidad de establecer un proceso de homeostasis para conseguir un nuevo estado de equilibrio familiar.

Otra cualidad común a todos los docentes es la comunicación con las familias de los estudiantes, pero en el ámbito hospitalario tiene una connotación distinta, ya que no solo tiene que ver con la evolución de los procesos de aprendizaje y convivencia, sino que implica el apoyo emocional a la familia que convive entre el miedo, el sufrimiento, la inseguridad y la incertidumbre a causa de la enfermedad del/la niño/a (Gonzalez P., & López, 2021, p. 56)

De acuerdo a Mendez, Orgiles, López-Roig, & Espada (2004, p.142) al escuchar el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos, los padres pueden experimentar rabia, dolor o negación; posteriormente aparecen rasgos depresivos y finalmente la aceptación del cáncer. Todas ellas son emociones normales, pero si son muy intensas pueden afectar a la comprensión de la enfermedad. Los padres pueden sentirse culpables e impotentes por no poder proteger a su hijo del cáncer. Asimismo, suelen experimentar inseguridad en un primer momento por si no son capaces de proporcionarle los cuidados que requiere y porque desconocen si el tratamiento será exitoso y si el niño se curará. Buscan razones y tratan de explicar por qué su hijo tiene cáncer, resultándoles difícil asimilar la enfermedad y aceptar que no hay ninguna razón por la que el niño sufre cáncer. Pueden, asimismo, mostrarse sobreprotectores o mostrar resentimiento al pensar que su hijo está enfermo mientras que otros niños están sanos. La ansiedad y los trastornos del estado de ánimo aumentan en los padres que acaban de recibir el diagnóstico o en aquellos cuyos hijos se encuentran ya en tratamiento.

Según Cárdenas & López (2005), la pedagogía impartida en las aulas hospitalarias debe ir más allá de la acción educativa formal (instrucción académica) y no debe estar centrada solamente en la atención de niños/as hospitalizados/as, sino que debe atender las necesidades de toda la población del ámbito hospitalario. Por otra parte, se debe propiciar la participación de todas las personas que interactúan con el paciente, fundamentalmente la familia.

4. METODOLOGÍA

La presente investigación es un diagnóstico que recoge algunos elementos distintivos de la práctica pedagógica docente en un aula hospitalaria, desde la percepción de los docentes del Colegio Hospitalario Construyendo Sueños. Para conocer cómo representan su práctica pedagógica y elementos distintivos del perfil de un docente hospitalario, se utilizó una estrategia metodológica basada en un enfoque de investigación cualitativa, por cuanto utiliza la recolección de datos, sin medición numérica, para afinar preguntas de investigación en el proceso investigativo. (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006)

El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos). (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006, p.8)

En una primera etapa se realizó una revisión bibliográfica desde fuentes primarias, sobre elementos que definen y caracterizan las escuelas hospitalarias. En una segunda etapa se levantó información sobre las representaciones que los docentes tienen sobre el quehacer pedagógico que realizan en el aula hospitalaria. Esta información se recogió a través de un grupo focal. La muestra no probabilística fueron seis profesores y profesoras, parte del equipo pedagógico del Colegio Hospitalario Construyendo Sueños, ubicado en la comuna de Recoleta, Región Metropolitana. Hubo 4 docentes mujeres y 2 de los docentes hombres. Todos los participantes estaban en posesión de título profesional de pedagogo, titulados de distintas universidades del país.

Para el enfoque cualitativo, al no interesar tanto la posibilidad de generalizar los resultados, las muestras no probabilísticas o dirigidas, son de gran valor, pues logran, si se procede cuidadosamente y con una profunda inmersión inicial, en el campo, obtener los datos que interesan al investigador y que llegan a ofrecer una gran riqueza para la recolección y análisis de los datos. (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006, p. 565)

El método de recolección de datos usado en esta investigación fue el grupo focal o focus groups. (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006), señala que algunos autores los consideran como una especie de entrevistas grupales, que consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos, de tres a diez personas, en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas, en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales.

En esta investigación, este grupo focal o entrevista grupal se realizó, con seis de los docentes que ejercen en el Colegio Hospitalario Construyendo Sueños y se desarrolló en relación a tres áreas temáticas; 1) Perfil requerido para desempeñarse como docente en un aula hospitalaria; 2) Preparación para ejercer en Aulas Hospitalarias desde la Formación Inicial Docente; 3) trabajo con padres y apoderados.

Posteriormente, con la información recabada se definieron algunas categorías que permitieron analizar y explicar las representaciones que tienen los docentes de este establecimiento educacional sobre algunos elementos distintivos de las aulas hospitalarias, en torno a las tres áreas anteriormente planteadas.

5. RESULTADOS

En el análisis de resultados se establecieron algunas categorías en torno a las tres áreas consultadas:

¿Se requiere un perfil específico para desempeñarse como docente en las Aulas Hospitalarias?

Desde la formación inicial docente, ¿Existe una preparación para enfrentar el desafío de trabajar en una Escuela Hospitalaria? ¿Cómo se desarrolla el trabajo entre el profesor y la familia y/o cuidadores?

De estas áreas consultadas en el grupo focal, se desprenden distintas categorías, que se describen a continuación: ¿Se requiere un perfil específico para desempeñarse como docente en las Aulas Hospitalarias?

En relación a la percepción de los docentes sobre si se requiere o existe un perfil para desempeñarse como docente en las aulas hospitalarias, se destacan el aspecto: Perfil docente desde la normativa.

Los docentes indicaron y concordaron que el Colegio Construyendo Sueños, posee un perfil docente explícito para los profesionales de la educación que se desempeñe en la institución. A su vez, indicaron que principalmente las características que se desprenden de este perfil, guardan relación del compromiso de los docentes con la institución, lo cual se refleja en que el quehacer pedagógico diario y en adherir a las políticas declaradas por la institución. Otro de los aspectos que mayormente destacaron los docentes sobre el perfil, fueron las competencias y/o habilidades socioemocionales que caracterizan al docente del Colegio Construyendo Sueños las cuales, señalaron que se encuentran declaradas en el proyecto educativo institucional (PEI) de forma explícita. Las habilidades socioemocionales más nombradas fueron; empatía, respeto resiliencia.

Además, manifiestan la importancia de la comunicación asertiva, la capacidad de dialogar en situaciones complejas y el respeto frente a los distintos procesos personales de cada individuo.

Por otra parte, los docentes exponen que el perfil del Aula hospitalaria les exige, estar en constantes capacitaciones y reflexiones sobre su práctica pedagógica, para desempeñar su rol académico y orientador con excelencia. Por lo anterior, valoran que el proyecto educativo del Colegio incluya el perfil del docente hospitalario.

Por otra parte, los docentes entrevistados declaran la inexistencia de una normativa formal que establezcan los requisitos mínimos que deben tener los profesionales de la educación que se desempeñen en Aulas Hospitalarias. Y aluden que si bien existen documentos ministeriales que contienen aspectos del perfil o características del docente hospitalario, estas son solamente orientaciones de lo que se espera, pero no son documentos que faculten a los Colegios o Escuelas Hospitalarias a exigir ciertas características en el perfil de sus profesores y profesoras. Como ejemplo de esta temática, los docentes comparan la normativa española con la normativa chilena y expresan que en la primera existe por parte del Ministerio de Educación un perfil del docente hospitalario establecido y normado.

5.1 CARACTERÍSTICAS DESEABLES DE UN DOCENTE HOSPITALARIO

En este sentido los docentes expresaron las características particulares que deben tener los docentes que ejercen en todas las Aulas Hospitalarias y de acuerdo a lo indicado, muchas de ellas son características exclusivas de el ejercicio de la profesión en contextos hospitalarios.

Es distinto ejercer en un Aula Hospitalaria, no lo puede hacer cualquier profesor, se requiere un alto nivel de desarrollo personal, ser íntegro. Es decir, debe ser un profesional que demuestre excelencia más allá de sus conocimientos académicos, debe demostrar calidad en las relaciones personales con estudiantes, apoderados y sus colegas, pero también debe demostrar calidad intrapersonal, ser una persona emocionalmente estable, asertivo, resiliente. (Comunicación personal grupo focal)

Perder a un estudiante, es lo más difícil que vive un profesor hospitalario, no nos preparan para ello, comunmente sabemos que el "hasta mañana profesora" es hasta mañana... pero hay veces que ese "mañana" no llega. Ser capaz de "seguir por los que siguen" es otra particularidad que desarrollamos los docentes de esta área, explicarle al resto de los compañeros de curso, contenerlos frente al dolor y ante la incertidumbre en su propio proceso. (Comunicación personal grupo focal)

A continuación, se señalan las competencias o habilidades emocionales que, según los entrevistados, son necesarias en un docente que ejerza en las Aulas Hospitalarias y la definición de cada una, según el significado otorgado por los docentes:

Tabla 1.	
Competencia Emocional	Significado otorgado por los docentes
Empatía	Describen que es la capacidad de comprensión de lo que siente o piensa la otra persona frente a lo que está viviendo. Siendo capaz de empatizar porque lo han vivido a través de muchas experiencias de otros niños y sus familias.
Respeto	Señalan que significa tener consideración sobre lo que está sintiendo el otro, no cuestionar sus emociones.
Resiliencia	Expresan que es la cualidad de comprender lo que siente el otro ante un proceso de pérdida, ya sea física o lo que tuvieron que dejar atrás por enfrentarse a esta enfermedad.
Comunicación	Se refieren a la habilidad de hablar con tono, con el volumen y con tacto adecuado. Escuchando y comunicando con todos los sentidos. Aquí se entrelaza el tono de voz, el ritmo del habla, la palabra justa y el silencio adecuado.

Tabla 1.	
Competencia Emocional	Significado otorgado por los docentes
Paciencia	Consiste en practicar la espera sin rendirse y especialmente sin abandonar. Tener calma y control emocional, en las distintas etapas que viven los estudiantes y sus familias en el desarrollo de su enfermedad.
Contención	Se refieren a la contención como la capacidad inata o aprendida de acompañamiento respetuoso en las distintas etapas del proceso de enfermedad. Aseguran que la situación de contención más difícil es el acompañamiento en la etapa de partida; acción que se entrega a los demás estudiantes, familia cercana y colegas. Por esta razón, la mencionan como una de las competencias o habilidades más importantes y que marca una diferencia clave entre el trabajo de un profesor hospitalario y un profesor que se desempeña en la educación tradicional.

Desde la formación inicial docente, ¿Existe una preparación para enfrentar el desafío de trabajar en una Escuela Hospitalaria?

5.2 AUSENCIA DE PREPARACIÓN SOBRE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA EN LA FORMACIÓN INICIAL DOCENTE.

Sobre esta temática, los docentes indicaron haber obtenido sus títulos profesionales de profesores y profesoras en distintas universidades chilenas, tanto estatales como privadas. Todas estas instituciones acreditadas por la Comisión Nacional de Acreditación (CNA). Las carreras de pedagogía de las cuales egresaron tienen una duración total desde 8 a los 10 semestres. Si bien los docentes manifestaron su satisfacción por la formación recibida en sus casas de estudios respectivas, señalan en su totalidad que no recibieron formación pedagógica sobre temáticas relacionadas con Aulas Hospitalarias, como tampoco vivenciaron alguna cercanía sobre esta temática en alguna práctica intermedia o profesional.

Recibí una excelente formación inicial en mi alma mater, la cual reconozco y agradezco. La universidad donde estudié pedagogía, me formó en aspectos pedagógicos transversales y generalistas correspondiente a la educación básica, como también en áreas disciplinares de especialidad, pero la pedagogía hospitalaria no es parte del programa de estudios, ni siquiera se considera como una actividad complementaria al currículum. (Comunicación personal grupo focal)

5.3 LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA ES UN DESAFÍO PARA LAS UNIVERSIDADES

En este sentido los entrevistados declararon que las universidades que dictan actualmente carreras de pedagogía deberían incluir en sus programas de formación a la pedagogía hospitalaria como un elemento relevante y transversal en la formación de todo profesor. Los profesores reconocen que, por parte de muchas universidades, existe una intencionalidad por incluir dentro de sus mallas de formación, temáticas relacionadas con necesidades educativas especiales, lo cual se visibiliza en nuevas asignaturas, relacionadas con diversidad e inclusión. Sin embargo, en palabras de los docentes respecto a estas asignaturas, no son suficientes y se debe ir un paso más allá en la implementación de la formación pedagógica hospitalaria en la formación inicial docente.

Los docentes señalan como ejemplos; la formación en mapudungum o la formación en educación rural, las cuales son áreas específicas de la educación, que dan respuesta a una diversidad existente y que son consideradas en los planes de formación de algunas universidades. De la misma forma, a lo largo del país existen niños, niñas y jóvenes con enfermedades que les impiden asistir a un establecimiento educacional tradicional y requieren de la pedagogía hospitalaria, por tanto, esta temática es un desafío para las universidades.

5.4 ¿CÓMO SE DESARROLLA EL TRABAJO ENTRE EL PROFESOR Y LA FAMILIA Y/O CUIDADORES?

Cuando comencé a trabajar en pedagogía hospitalaria, la madre de uno de mis estudiantes me pidió que estuviera presente en el momento en que desconectarían su hijo. Él tenía 12 años y habíamos generado un fuerte vínculo. Ella le susurró al oído para que partiera tranquilo, en ese momento pensé que no podría continuar trabajando en Aulas Hospitalarias. Él se convirtió en el primero de muchos que he acompañado emprender su viaje. (Comunicación personal grupo focal)

En sus palabras los docentes construyen un discurso, sobre que es sabido que el profesor debe cumplir distintas funciones con todos los miembros de la comunidad educativa, es decir; con los estudiantes, profesores, apoderados y otros profesionales. Este trabajo con los distintos estamentos, señalan, es parte intrínseca del rol pedagógico y en el trabajo hospitalario no es la excepción, todo profesor debe vincularse con padres y apoderados.

Pero en el caso del trabajo con padres y apoderados en las escuelas hospitalarias este trabajo considera no solamente orientar al apoderado en asuntos académicos sobre el estudiante, sino, además requiere, realizar un trabajo desde los afectos y desde la empatía; donde es necesario conocer al apoderado en profundidad, conocer a su familia, sus temores, sus dudas, inquietudes más allá de la enfermedad que les aqueja a sus hijos. Significa, empatizar con toda la emocionalidad que rodea a la enfermedad.

Del mismo modo, los docentes exteriorizan que en el contexto hospitalario su trabajo

con los apoderados implica acompañar, escuchar y contener emocionalmente a los padres del estudiante, como también a sus familias. Y en muchas oportunidades les corresponde participar de procesos familiares íntimos y complejos, como; acompañar a un padre o a una madre en la despedida de su hijo(a), o acompañar durante los procesos de duelo.

Así mismo, los docentes señalan, que establecen un vínculo afectivo fuerte con los padres de sus estudiantes, independiente de si estos logran recuperarse de la enfermedad o no, continúan en contacto con sus profesores del Colegio Hospitalario.

Por esta particularidad que tiene el trabajo que realizan los docentes con los padres y apoderados, estos manifiestan que deben estar preparados como profesionales de la educación para enfrentar estas instancias y ser un real apoyo para las familias. Por esta razón, manifiestan que han recibido formación continua en estas temáticas por parte del Colegio, enfocadas principalmente en procesos de duelo, contención emocional y autocuidados psicológicos. Recalcan la importancia de la preparación para ejercer en estos contextos, debido a que son situaciones emocionales extremas y si no son abordadas con la experiencia y seriedad que se requiere, se podrían generar daños irreparables.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación, permiten visibilizar varios aspectos que responden las interrogantes planteadas anteriormente, desde las representaciones docentes: ¿Se requiere un perfil específico para desempeñarse como docente en las Aulas Hospitalarias?; Desde la formación inicial docente, ¿Existe una preparación para enfrentar el desafío de trabajar en una Escuela Hospitalaria? y finalmente ¿Cómo se desarrolla el trabajo entre el profesor y la familia y/o cuidadores?

En relación a la primera interrogante, sobre si se requiere un perfil específico para desempeñarse como docente en las Aulas Hospitalarias, se puede concluir que los docentes entrevistados reconocen la existencia de un perfil específico para los docentes que se desempeñan en el Colegio Construyendo Sueños, este perfil se encuentra formalizado en el proyecto educativo institucional del PEI establecimiento educacional.

Los entrevistados describen el perfil docente del colegio, apuntando a la relevancia de las habilidades socioemocionales del docente, como un elemento fundamental. En palabras de los docentes, destacan características como; empatía, respeto, resiliencia y además la importancia de la comunicación asertiva, la capacidad de dialogar en situaciones complejas y el respeto frente a los distintos procesos personales de cada individuo.

Resulta interesante la relevancia que otorgan los docentes a las competencias emocionales, por sobre las competencias académicas. Por cuanto, efectivamente las habilidades emocionales señaladas por los docentes se encuentran explícitas en el perfil del colegio, también el documento proyecto educativo institucional del colegio incorpora otras académicas, como por ejemplo: «Ser Competente en su especialidad. Poseer dominio pedagógico, siendo creativo en el abordaje de su labor y mantener una permanente actitud de actualización y superación. Responsable en el trabajo administrativo». (Construyendo

Sueños, 2021, p.21).

En la misma línea los docentes indicaron las competencias que deberían estar en un perfil genérico para todo docente hospitalario y se repite la importancia que le otorgan a las competencias emocionales, por sobre las competencias académicas.

Los profesores señalaron como competencias importantes para un perfil del docente hospitalario transversal, las siguientes competencias; empatía, respeto, resiliencia, comunicación, paciencia, contención. Se destaca en este punto el significado que elaboran los docentes y otorgan a cada una de estas competencias emocionales, ya que al definir las las describen en relación a los procesos individuales que viven las personas (estudiantes y familias), como también son definidas relacionándolas con procesos de duelo o pérdida.

En relación al perfil, los docentes indican que no existe un documento a nivel nacional que formalice un perfil específico para desempeñarse en pedagogía hospitalaria y efectivamente a nivel nacional si bien no existe un perfil formalizado, existen criterios orientadores que el Ministerio de Educación de Chile pone a disposición.

Es así como el Ministerio de Educación de Chile, señala claramente que:

Las características personales requeridas al profesorado hospitalario son:

- Madurez y equilibrio emocional.
- Apertura, flexibilidad, sensibilidad, empatía y capacidad de comunicación y adaptación.
- Tolerancia, abierto al cambio, aceptar la diversidad.
- Capaz de comprender y resolver cualquier situación emocional del escolar.
- Creativo/a, optimista, alegre y positivo.
- Mantener buen estado de ánimo y buena disposición hacia los demás (MINEDUC, 2020, p.11).

En relación a la segunda pregunta; Desde la formación inicial docente, ¿Existe una preparación para enfrentar el desafío de trabajar en una Escuela Hospitalaria?, se concluye que no existe una preparación durante la formación inicial docente, por parte de las universidades que les permita a los profesores recién titulados enfrentarse eficientemente a espacios reales de atención pedagógica hospitalaria. Los docentes se forman para desempeñarse en aulas hospitalarias en sus respectivos trabajos y a través de los procesos de formación y capacitación que le ofrece el colegio.

Por otra parte, se concluye que a pesar que las universidades actualmente no entregan esta formación, se reconoce y valora la intención de incluir a las mallas de formación de profesores, asignaturas relacionadas con la diversidad e inclusión. Sin embargo, se espera que las instituciones formadoras de profesores asuman este gran desafío.

En cuanto a la tercera pregunta; ¿Cómo se desarrolla el trabajo entre el profesor y la familia y/o cuidadores?, se concluye que los docentes poseen claridad sobre el rol orientador que debe desempeñar todo profesor con la familia, esta labor es percibida como independiente

a la modalidad en que se desempeñen laboralmente, es decir, el rol orientador con la familia es una tarea intrínseca de la profesión docente.

En concordancia con lo señalado por los docentes, El Ministerio de Educación (2020), establece distintos criterios metodológicos por los que se rigen las Escuelas Hospitalarias, en este sentido el documento indica que una de las tareas más importantes que debe realizar el docente hospitalario, es la de establecer un sistema de relaciones con los diferentes sectores que forman parte del medio que rodea al estudiante en situación de enfermedad. Uno de estos sectores son los padres o familiares, con ellos debe mantener un contacto directo con el fin de solicitar su colaboración en el desarrollo de actividades y recabar la información de escolaridad.

Sin embargo, las funciones que el profesor hospitalario realiza con los padres y apoderados, no considera solamente orientar al apoderado en asuntos académicos sobre el estudiante, sino, además, requiere realizar un trabajo desde los afectos y desde la empatía para acompañarlo en los distintos procesos. Lo cual marca una diferencia sustantiva si se compara con el trabajo que realizan los docentes en el aula tradicional.

Finalmente, los resultados obtenidos en este estudio, abren la posibilidad de realizar futuras investigaciones sobre el aula hospitalaria. Sería interesante estudiar el sentido que otorgan los docentes a los procesos de pérdida o duelo y cómo afrontan estas situaciones desde su rol pedagógico con las familias. Por último, otro aspecto importante de investigar es la relevancia que cobran las competencias emocionales del docente en las aulas hospitalarias en relación a la escuela tradicional.

REFERENCIAS

- Arredondo, T. (2020). Escuelas y Aulas Hospitalarias. MINEDUC, División de Educación General. MINEDUC.
- Bustos, C. &. (2014). Sentidos del trabajo en docentes de aulas hospitalarias. Las emociones y el presente como pilares del proceso de trabajo. *Psicoperspectivas*, 14(2), pp. 186-197.
- Cárdenasm, R., & López, F. (2005). Hacia una Construcción de un Mideki Social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía Social. Revista Universitaria*, pp. 59-70.
- Diaz Arce, T., Sotomayor, L., Monsalve, C., Cardone, P., Espitia, U., & Violant, V. (2019). *Pedagogía Hospitalaria y Educación Superior. RED UNITWIN - UNESCO*, pp. 1-17.
- Garuz, M. C. (2021). La Pedagogía Hospitalaria, Base para la Equidad Y La Inclusión en Situación de Enfermedad. *Revista Educarnos*, pp. 31-44.
- Gonzalez P., F. &. (2021). El perfil docente en el ámbito hospitalario. *Hojas de El Bosque*, 7(12), pp. 51-60.
- Godoy, Paulina. (2007). UNESCO, Aulas Hospitalarias, Reflexiones de la VIII Jornada Sobre Pedagogía Hospitalaria., p. 16-19.
- Hernández, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mac Graw- Hill Interamericana.
- Lizasoáin, O. (2006). El proceso de duelo en la enfermedad infantil, en UNESCO, Reflexiones de la VIII jornada sobre Pedagogía Hospitalaria, pp. 22-27.

- López, L., & González, F. (2020). El Perfil Docente en el Ámbito Hospitalario. Hojas de el Bosque, pp.51-60.
- Lozamo-Medez, E., & Arreolo, R. (2019). Perfil del Docente Hospitalario: Un Bosquejo. XV Congreso Nacional de Investigaciones Educativas- COMIE, pp. 1-10.
- Mendez, X., Orgiles, M., López-Roig, S., & Espada, J. P. (2004). Atención Psicológica en el cancer infantil. *Psicooncología*, I(1), pp.139-154.
- Ministerio de Educación de Chile. (2021). [mineduc.cl](https://especial.mineduc.cl/normativa/politica-nacional-educacion-especial/). Obtenido de Ministerio de Educación de Chile: <https://especial.mineduc.cl/normativa/politica-nacional-educacion-especial/>
- Ministerio de Educación de Chile. (2021a). Ayuda MINEDUC. Obtenido de MINEDUC: <https://www.ayudamineduc.cl/ficha/alternativas-del-sistema-escolar-para-la-educacion-especial-9>
- Ochoa, B., & Lizasoain, O. (2003). Repercusiones familiares originadas por la enfermedad y hospitalización pediátrica. *OSASUNAZ*, pp. 87-99.
- Reyes, F., & Martín, M. (2018). El Papel de docente en el Aula Hospitalaria de Oncología. *Revista Andina de Educación*, I(1).
- Serradas, M. (2015). Pluridimensionalidad del docente hospitalario. *Educación en contexto*, I(2), pp. 38-55.
- UNESCO. (2007). Aulas Hospitalarias: Reflexiones de la VIII Jornada Sobre Pedagogía Hospitalaria. UNESCO. Libe Narvarte.

La construcción de la memoria democrática y la transmisión de su relato a través de la educación.

The construction of democratic memory and the transmission of its story through education.

SARA ARRAZOLA RUIZ.

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España(sara.arrazola@urjc.es)(<https://orcid.org/0000-0003-4718-9552>)

DR. PEDRO CÉSAR MELLADO MORENO.

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España(pedro.mellado@urjc.es)(<https://orcid.org/0000-0001-8982-2120>)

RESUMEN

El estudio aquí planteado ofrece una aproximación conceptual a la idea de memoria histórica desde la perspectiva dada por los estudios sobre transiciones democráticas, así como la aplicación docente de estos conocimientos en línea con las obligaciones propias de los derechos humanos y con las exigencias de calidad democrática que se vienen planteando desde las instituciones internacionales, tanto desde el ámbito reivindicativo como ciudadano. La idea fundamental es ofrecer al lector las herramientas necesarias para conocer los conceptos de democratización, democracia y memoria, así como las implicaciones que pueden tener su traslado al ámbito educativo. Para ello, se plantean dos estudios de caso pormenorizados, a saber, el de Argentina y Chile, especialmente por la implicación de los organismos denominados de manera genérica como comisiones de la verdad y por el alcance de las recomendaciones efectuadas por los mismos en materia educativa relacionadas con la no repetición, la reparación a las víctimas y la reconstrucción de su memoria. Las conclusiones apuntan hacia la existencia de una gran diferencia entre el marco teórico y jurídico que se encuentra fuertemente desarrollado, frente a las iniciativas didácticas alineadas con estas prácticas que, a día de hoy, siguen siendo minoritarias en un contexto en el que la memoria democrática y el reconocimiento a las víctimas se encuentra en cuestión ante la aparición de fenómenos sociales como son el populismo emergente y la difusión de noticias falsas.

ABSTRACT

The study presented here offers a conceptual approach to the idea of historical memory from the perspective given by studies on democratic transitions, as well as the educational application of this knowledge in accordance with the obligations of human rights and with the demands of democratic quality that have been raised by international institutions, both from the claiming and citizen spheres. The main idea is to offer the reader the necessary tools to learn about the concepts of democratization, democracy and memory, as well as the implications that can be transferred to the educational sphere. To this end, two detailed case studies are presented, namely those of Argentina and Chile, especially because of the involvement of the organizations generically known as truth commissions and the scope of the recommendations made by them in educational matters related to non-repetition, reparation to victims and the reconstruction of their memory. The conclusions point to the existence of a great difference between the theoretical and legal framework, which is strongly developed, and the didactic initiatives aligned with these practices which, to this day, remain a minority in a context in which democratic memory and the recognition of victims is in question in the face of social phenomena such as emerging populism and the dissemination of fake news.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS

democracia, derechos humanos, educación, memoria histórica, verdad, sociedad. / democracy, human rights, education, historical memory, truth, society.

1. INTRODUCCIÓN.

El presente estudio pretende recoger los marcos jurídicos en los que se han abordado los procesos de transición a la democracia en Chile y Argentina, así como los postulados educativos que permiten afrontar la tarea de reconstrucción de la memoria democrática para el reconocimiento y reparación a las víctimas de las dictaduras. En la primera parte del texto, el estudio reflexiona sobre el concepto de memoria, su construcción y la importancia que tiene como elemento para la no repetición de violaciones sistemáticas de los derechos humanos por parte de gobierno autoritarios, así como el debate conceptual sobre memoria, historia y democracia.

En el segundo apartado, el estudio se detiene en los casos concretos de Chile y Argentina como casos paradigmáticos para entender la importancia de la memoria como elemento de reparación a las víctimas de la dictadura. El marco temporal escogido se corresponde con los años transicionales de las décadas de los 90 y 80, respectivamente, del siglo XX. En este apartado se recoge la importancia que tiene el reconocimiento a las víctimas por parte del Estado y cómo se empieza a construir un nuevo relato contrario a la historia oficial del régimen.

En el tercer apartado, el estudio aborda la educación como el factor decisivo para el mantenimiento y reproducción de la reparación y reconocimiento a las víctimas a través de la narrativa ofrecida por la reconstrucción de la memoria democrática. Se indican cuáles son las perspectivas pedagógicas desde la que debe ser abordada la didáctica de la memoria democrática que han sido publicadas en los últimos años, las dificultades curriculares que ha arrastrado hasta hoy y los nuevos retos que se le plantean de cara a un futuro mediatizado por las redes sociales y el surgimiento de un populismo negacionista del terror vivido por las víctimas y familias de los represaliados, torturados y asesinados por las dictaduras del Cono Sur.

2. DEMOCRACIA, VERDAD Y MEMORIA: BREVE APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Un elemento particularmente relevante en el marco de las transiciones a la democracia y del propio proceso de consolidación democrática es el de la memoria acompañada de adjetivos como histórica o democrática e íntimamente relacionada con el concepto de verdad y con la idea de la no repetición. No se trata de obtener una verdad en el instante transicional y después guardarla en un cajón, sino de crear un relato sobre los hechos que la sociedad transicional sea capaz de recordar, lo que requiere un alto esfuerzo democrático y ciudadano. Ilustrativa de esta capacidad es la sentencia de Alberto Medina (2002) sobre la transición española cuando expuso que:

Todos sabemos que este maravilloso espacio de conciliación y unidad nacional no es más que simulación de sí mismo, pero qué necesidad hay de levantar la máscara. Ese movimiento de revelación abriría la puerta de un retorno a la irracionalidad y la violencia del pasado. El teatro es condición necesaria para una pacífica convivencia. No es otro el pacto que sostiene el consenso y que sus voces críticas unánimemente luchan por desvelar (p. 30).

En 2010, Colacrai, interpretando a Halbwachs, exponía sobre los marcos en que se define el pasado, en relación al presente, que se trata de unos marcos de carácter social y que es a través de las relaciones con los otros cómo se construyen los recuerdos que permiten a los individuos y sociedades recuperar el pasado. Lo cierto es que habitualmente el concepto de memoria parece más vinculado al ámbito de la psicología o de la psiquiatría que al de la historiografía, las ciencias jurídicas, la politología o la educación y, sin embargo, el modo en que una sociedad enfrenta su pasado es crucial en todos los campos mencionados. En 2004, el propio Halbwachs, conocido como el sociólogo de la memoria, sostuvo la importancia del componente social que atañe a la memoria al sostener que el recuerdo no consiste solamente en la reconstrucción mental de un hecho de manera espontánea por un solo individuo, sino en una reconstrucción sostenida por datos y documentos que son compartidos por la sociedad.

Lo que está planteando Halbwachs es que no puede pretenderse que la memoria sea

objetiva e imparcial en el sentido más puro de los términos porque esta es fruto ya no sólo de la vivencia individual sino del relato y del imaginario colectivo. Esta idea que, en un primer momento, puede ser el argumento para desterrar cualquier planteamiento sobre la memoria democrática o la memoria histórica, es la que permite sostener que si la memoria en sí misma es un acto social y de comunicación y diálogo, la memoria democrática y la memoria histórica también deben serlo toda vez que, como propone Jelin en su obra *Los trabajos de la memoria* (2002), «la memoria como construcción social narrativa implica el estudio de las propiedades de quien narra, de la institución que le otorga o niega poder y lo/a autoriza a pronunciar las palabras» (p. 35).

En un análisis de la situación colombiana se exponía que a ese elemento de construcción social debe añadirse un segundo elemento, y es que la sociedad en búsqueda de su memoria y en construcción del relato de su pasado esté capacitada para escucharlo (Castillejo, 2017). Este requisito pone el énfasis en dos matices importantes en sede transicional: el primero de ellos es el tiempo y la necesidad de gestionarlo adecuadamente para garantizar la viabilidad del proceso transicional y, el segundo de ellos es el componente de realidad o de objetividad que se exige a la memoria para categorizarla de histórica o democrática. Desde el Centro Nacional de Memoria Histórica de Bogotá (2013) se determinó, además del carácter social anteriormente mencionado, el carácter político de que se compone la memoria. La construcción de la memoria colectiva es un acto político en tanto en cuanto exige un compromiso y es una práctica social, porque de no involucrar a todos los miembros de la sociedad no sería colectiva sino grupal o individual, y tampoco sería democrática o histórica. Entiende Jelin (2004) que lo que define a la memoria colectiva es que funciona como una memoria compartida que se asienta en los marcos sociales, políticos y de poder de la sociedad.

Los problemas, ya no tanto de definición conceptual como de dotación de contenido a cada memoria colectiva, residen en el trauma del recuerdo (Roldán, 2013), en la capacidad de crítica individual, en la asunción (que no depuración) de responsabilidad y, yendo al ámbito de la politología, en la confrontación que implica la ideología. En el plano de las transiciones democráticas, la reconstrucción de la memoria se ve, se vive y se siente de manera ideológica y, por extensión, emocional. Tal y como resume Ibarra, la memoria colectiva, «se expresa y se recrea a partir de las creencias, los mitos, los ritos y los actos litúrgicos celebrados por un determinado grupo que los transmite de generación en generación» (Ibarra, 2006, p. 25).»

A esto se suma, en el contexto de transiciones democráticas, un problema de legitimidad y silencio que actúa en un doble sentido: por un lado, hasta el momento transicional es la verdad oficial del régimen la dotada de legitimidad institucional, una verdad en la que las víctimas se encuentran silenciadas o desacreditadas. Y, por otro lado, los interlocutores no se reconocen legitimidad entre ellos, lo que deriva en una percepción recíproca del relato como justificación y revanchismo respectivamente (Sánchez, 2008). A esto se une la disyuntiva terminológica del concepto mismo de memoria histórica que parece contraponer dos elementos: uno subjetivo y otro objetivo. De ahí que hoy en día se esté optando por el concepto de memoria democrática.

Esto no supone que la memoria democrática sea únicamente el resultado de visiones contrapuestas propias del imaginario colectivo; lo que implica es que, en primer lugar, la Historia como disciplina científica tiene sus fuentes, dentro de las cuales se enmarcan también el imaginario colectivo y los testimonios; y, en segundo lugar, que la memoria

democrática no puede eludir la verdad histórica pero sí complementarla con las vivencias personales. A estos efectos, la verdad como institución transicional, se asocia con el relato de la memoria democrática más que con una verdad puramente empírica, o absolutamente objetiva e imparcial.

Nora en su obra *Los lugares de la memoria* (2008) trata la diferencia entre memoria e historia exponiendo que:

Memoria, historia: lejos de ser sinónimos, tomamos conciencia de que todo los opone. La memoria es la vida, siempre encarnada por grupos vivientes y, en ese sentido, está en evolución permanente, abierta a la dialéctica del recuerdo y de la amnesia, inconsciente de sus deformaciones sucesivas, vulnerable a todas las utilizaciones y manipulaciones, capaz de largas latencias y repentinas revitalizaciones. La historia es la reconstrucción siempre problemática e incompleta de lo que ya no es» (p. 20).

Esto supone que historia en tanto que disciplina científica es una, pero sus interpretaciones son muchas, tantas como memorias porque la memoria es vivencia. En el marco de la asociación entre verdad y memoria, existe la pregunta de cuántas versiones acepta la verdad transicional. Si solo fuese una, estaríamos hablando de historia, una historia de carácter objetivo, que toma el testimonio como fuente, pero busca otros elementos y evidencias de apoyo. La verdad transicional es diferente porque el testimonio es la fuente principal, pero tampoco la única. No existe una definición precisa de los elementos que integran la verdad transicional, pero un criterio válido puede ser el ya definido entorno a la libertad de expresión, es decir, de la misma manera en que la libertad de expresión en sede democrática no ampara todas las expresiones ni tiene un alcance ilimitado, un mismo razonamiento es aplicable en sede transicional pero de una manera distinta ya que en la búsqueda de la verdad transicional conviven dos cuestiones: la idea de obtener una narrativa o un relato y la de integrar los testimonios de víctimas y autores. En relación con el proceso colombiano de transición y sobre la importancia del testimonio, Roldán (2013) expuso que, a través del testimonio, se puede enseñar las vivencias, ayudar a tomar conciencia del sufrimiento y, con ello, construir nación.

El objetivo de la verdad y, por tanto, de la memoria en sede transicional es el de reconstruir una sociedad fracturada por la violencia y las violaciones de derechos humanos a través de una escucha activa y de un relato de los hechos que tiene en cuenta el discurso de los partícipes. Se incluye en los análisis citados el concepto de perdón, más bien se trata de generar una confianza social, un reconocimiento de responsabilidad y de legitimidad y una cohesión social. Aguilar define las políticas de memoria, es decir, todos aquellos esfuerzos encaminados a la obtención de la verdad de la siguiente manera: «todas aquellas iniciativas carácter público (no necesariamente político) destinadas a difundir o consolidar una determinada interpretación de algún acontecimiento del pasado de gran relevancia para determinados grupos sociales o políticos, o para el conjunto de un país» (2008).

Las propias características de las transiciones latinoamericanas son únicas, ya que no se trata de derrocamientos o de agotamientos de los regímenes salientes sino de renuncias voluntarias al poder por parte de los dictadores, lo que forzaba la búsqueda de mecanismos

alternativos al punitivo. Esto supuso la aplicación de un elemento jurídico, la amnistía, con otro elemento que es el de los mecanismos de la verdad. Mientras que en el plano de las transiciones centroamericanas se descartó por completo la justicia como mecanismo transicional, en las transiciones del llamado Cono Sur, Argentina y Chile principalmente, las amnistías fueron precedidas de investigaciones judiciales para la determinación de los hechos aun sin responsabilidad penal de conformidad con la llamada Doctrina del Presidente Aylwin.

No obstante, ese condicionamiento no fue el único para la búsqueda de mecanismos alternativos al judicial en sede transicional. Martha Minow (1998) expone que fueron las deficiencias de los procedimientos judiciales penales nacionales e internacionales las que también motivaron el empleo de la verdad. Estas críticas ponían el foco de atención en el hecho de uno de los objetivos a conseguir en sede transicional es que los mecanismos empleados sirvan para la llamada reconciliación nacional; objetivo que quedaba según Uprimny y Saffon (2006) desacreditado y caído en desuso si el mecanismo principal era el punitivo. Lo que subyace es un cambio del paradigma de la justicia, entendida en términos globales como ideal, en sede transicional desde una justicia punitiva hacia mecanismos de justicia restaurativa.

2. VERDAD Y MEMORIA EN LOS PROCESOS TRANSICIONALES CHILENO Y ARGENTINO

2.1. EL CASO ARGENTINO

Desde el final de la dictadura en Argentina se creó un clima antidictatorial y alineado con los derechos humanos con una notable influencia y capacidad de presión a los primeros gobiernos de la democracia (Novaro & Palermo, 2013). De hecho, fueron estas asociaciones las que, mediante las denuncias ante organismos europeos y americanos, en el exilio e internamente, difundieron el propio nombre que recibiría después el informe de La Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (en adelante, CONADEP) (Rojkind, 2004). Una cuestión importante y que puede haber sido definitoria del trabajo de la CONADEP, fue la ausencia de apoyo a su creación por parte de las asociaciones de Derechos Humanos argentinas con la excepción de la Asamblea Permanente de los Derechos Humanos, pero su disposición a transmitirle sus denuncias una vez constituida. Incluso este hecho quedó recogido en diversas actas de la CONADEP como la número 2 del 27 de diciembre de 1983, hasta la número 11 de 1984.

Un tema resulta particularmente relevante, de la misma manera que ocurriría en Chile: la figura de los desaparecidos. La desaparición genera una situación de incertidumbre en la que se desconoce el paradero de la víctima, e incluso las circunstancias en las que tiene lugar la mera desaparición. Esto supone que se encuentran en un estatus en el que no hay cuerpo, no hay por tanto una determinación de muerte y las familias están absolutamente indefensas ante el blindaje institucional (Feld & Franco, 2015).

La CONADEP fue la comisión constituida en el año 1983 con el objetivo de emitir un informe sobre la acción represiva del régimen y el fenómeno de las desapariciones. La importancia de la CONADEP radica en que fue la primera comisión de componente transicional, establecida no como un mecanismo de revancha sino como un verdadero instrumento de apoyo y complementación al proceso de democratización y, especialmente al ámbito de la reconciliación nacional. Avruch (2010) complementa el éxito de la CONADEP entendiendo que, al contrario de lo ocurrido con la implementación de comisiones de la verdad en otros contextos transicionales, esta comisión sí logró la consecución del objetivo principal que era el de obtención de la verdad, entendiendo por tal, no sólo el esclarecimiento de los hechos sino la transparencia en cuanto a la actividad represiva del régimen y su calificación como terrorismo de estado. En este sentido, es relevante la reflexión propuesta por Cassese (1993) en el sentido de que, a pesar de la opacidad que define a las dictaduras cívico-militares, su labor represiva no es pública en cuanto a los métodos, pero sí en cuanto a su ejecución ya que es la base misma sobre la que se sostiene la legitimidad del gobierno dictatorial y militar.

Si bien es cierto que la comisión argentina constituyó casi un análisis de caso en el sentido de que fue la primera experiencia de estas características, sus conclusiones y el impacto de su informe, así como el desarrollo posterior de Argentina en materia de enjuiciamientos y empleo de la información obtenida por la comisión, dotándola de plena legitimidad a efectos probatorios, han permitido aplicar al caso argentino las conclusiones propias de los estudios de derechos humanos en sede transicional del siglo XX. Concretamente, Hutchison y Bleiker (2008), expondrían que el contexto transicional y el vacío momentáneo de poder genera una ventana de oportunidad para la construcción de nuevas identidades ante la pérdida de las referencias anteriores, y es ahí donde los mecanismos de protección de los Derechos Humanos juegan un papel esencial a la hora de utilizar ese vacío de poder y canalizarlo en la constitución de identidades basadas en el ideal de justicia basado en los Derechos Humanos.

De una manera similar, Méndez (1997) sostuvo que el mero reconocimiento por el estado democrático naciente de la existencia de las víctimas del régimen supone una contribución al proceso de reconciliación nacional. Sostienen Acuña, González y Bombal (1995) que la comisión vio aún más legitimada su labor cuando en 1985, su informe sirvió para la construcción del argumentario fiscal en el procesamiento de los miembros de las Juntas Militares y, sobre todo, cuando aparte de ser empleado por la acusación estatal, fue legitimado el informe como prueba por los jueces. Esto ha supuesto que la comisión argentina haya tenido un impacto a nivel internacional y a nivel nacional superior al de otros mecanismos similares adoptados tanto en América Latina (destacando el caso chileno) como en otras experiencias como la sudafricana.

La comisión identifica las motivaciones que subyacen detrás no sólo de la estrategia represiva, sino de los métodos empleados combinándose una idea de orden público llevada al extremo con el aseguramiento de una obediencia basada en el miedo o el terror. El hecho de que la comisión analizase las motivaciones del régimen para la cuestión de las desapariciones, de los fusilamientos o de la desaparición de los cadáveres no tiene que ver ni con una justificación ni con una crítica, sino con el elemento de la verdad transicional vinculado al esclarecimiento y al conocimiento. Esto apoya la tesis en función de la cual, los mecanismos de verdad no consisten en la mera recopilación de testimonios sino en la obtención de un relato completo para la sociedad en su conjunto y, en particular para

las víctimas porque hay un elemento de ausencia de individualización en las actuaciones del régimen que, a efectos de reconciliación es importante y que se ha visto en otras experiencias restaurativas como la española en el plano del terrorismo etarra. El hecho de la indiscriminación en las acciones represivas del régimen no supone escapar de la individualización de los casos o de la labor de identificación de las víctimas, pero sí establece una diferencia sustancial entre los elementos de la verdad judicial que aparece vinculada a hechos, autores y víctimas concretas, respecto de la verdad puramente transicional que viene a corresponderse más con la identificación de elementos en común.

En el plano de las recomendaciones lo cierto es que la labor de la comisión no fue especialmente exhaustiva frente a la realizada por otras comisiones como la chilena donde las recomendaciones, a pesar de no contener una enunciación de políticas concretas, sí eran más numerosas y abarcaban distintas dimensiones de la reconciliación nacional. Esto supuso que la CONADEP asumió no solamente el rol institucional que le había sido asignado sino también el papel exigido por las organizaciones de Derechos Humanos combinando ambas perspectivas, tanto la oficial dirigida a que la labor de la comisión sirviese para una justicia llamada restringida a las cúpulas de decisión y centros de mando de la dictadura cívico-militar; como la social que exigía una justicia generalizada, de ahí, el empleo de lo que Halbwachs (2004) denominó marcos para la evocación, a saber una delimitación temporal, espacial e identificativa de todos los actores.

2.2 EL CASO CHILENO

El empleo de los mecanismos de verdad en Chile actúa como una medida de averiguación y cuantificación de las violaciones de Derechos Humanos cometidas durante la dictadura ante la opacidad y el blindaje institucional del régimen saliente. Al mismo tiempo, se articula como un mecanismo para la satisfacción parcial de aquellos sectores sociales descontentos con el procedimiento transicional y con las características de la transición pactada por ser apreciada como una manera de garantizar la impunidad del régimen y de blanquear sus acciones.

Tal y como sostiene el propio Aylwin (2007) en un informe aportado al Instituto Interamericano de Derechos Humanos, la creación de la comisión aparece vinculada a un esfuerzo de justicia. Concretamente, y refiriéndose a uno de sus discursos, el propio Aylwin sostuvo que dicha comisión no debía consistir en una caza de brujas, sino tener por objetivo la reconciliación nacional que facilite la unidad ante el futuro del país. Así, se optó por la vía de una Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación que, sin depurar o establecer responsabilidades, construyese un relato de los hechos dotándose así, al menos de una legitimidad en el discurso, a las víctimas del régimen cívico-militar.

Su labor de recopilación y organización de información quedó restringida a un concepto de graves violaciones de Derechos Humanos que sólo abarcaba las detenciones, desapariciones, torturas o ejecuciones con resultado de muerte perpetradas por agentes estatales o los secuestros y atentados contra la vida cometidos por particulares siguiendo motivaciones políticas. El resultado de dicha Comisión debía ser un informe que contuviera: un informe de los hechos, un mecanismo de individualización de las víctimas, recomendaciones en materia de reparación y justicia y recomendaciones legales a efectos de no repetición. Este último elemento parecía no tener mucho sentido en un Chile que ya se encontraba con una

democracia formal operativa, pero pretendía crear el marco de legitimidad política y técnica para el desarrollo e implementación de un marco legislativo en Chile que abarcara una menor impunidad y un mayor nivel de cumplimiento y respeto de los Derechos Humanos a nivel institucional.

La propia comisión se caracteriza como mecanismo primario de reparación simbólica a las víctimas, y lo cierto es que concedió un espacio de confianza donde relatar las vivencias y al que dirigir opiniones. Gran parte de las recomendaciones incluidas en el Informe Rettig son el resultado del procedimiento de consulta y colaboración con entidades de protección de los Derechos Humanos en Chile y en el extranjero. Lira y Loveman (2005) indican que el informe presentado por la entidad llamada Vicaría de la Solidaridad recogía las ideas de la Comisión Rettig planteadas por la mayoría de los organismos de Derechos Humanos, entendiendo el reconocimiento de los crímenes como el mayor gesto de reparación hacia las víctimas.

En sentido, la comisión, aunque no clasifica las medidas, sugiere la implementación de distintos mecanismos de reparación con diferentes funcionalidades. En lo concerniente a la reparación de la dignidad de las víctimas, es decir, al reconocimiento de su existencia y su memorialización, Chile implementó dos mecanismos. Una política pública de construcción de memoriales insertada dentro del Ministerio del Interior, mediante el decreto número 1005 de 1997, y un sistema de financiación de los mismos a través de la cooperación público-privada mediante el artículo 8 de la ley 19980 de 2004 para la firma de convenios con distintos organismos sin ánimo de lucro.

En lo que respecta a la condenación pública de las violaciones de Derechos Humanos y, particularmente a la dignificación de la actividad de resistencia de conciencia y pensamiento desarrollada por las víctimas y sus familiares, la comisión recomendaba que «el Estado, representado por S.E., el Presidente de la República, o por el Congreso, o por una ley, restablezca solemne y expresamente la dignidad de las víctimas; en cuanto ellas hayan sido acusadas de delitos que nunca les fueron probados y de los cuales nunca tuvieron oportunidad ni medios adecuados para defenderse.»

A efectos de política social y de reparación legal y económica, la comisión, en línea con las demandas de las asociaciones de víctimas, recomendaba el establecimiento de cauces legales específicos para las declaraciones de muerte de los desaparecidos, toda vez que sin dicha declaración se genera una situación de inseguridad jurídica en el ámbito del estado civil y del derecho sucesorio y de familia. En este ámbito, la primera propuesta legislativa del Senado consistía en una declaración de muerte presunta, pero tal y como sostiene Camacho (2008), esta medida no era suficiente para el entramado asociativo de protección a las víctimas porque no determinaba la causa de la muerte como la desaparición y servía como limitación a las medidas de búsqueda de los restos. En el año 2009 se aprobó la Ley 20377 reconociendo la figura jurídica de la declaración de ausencia.

El contenido de las reparaciones es conflictivo, no sólo por el mero hecho objetivo y práctico de que la cuantificación de daños morales es dificultosa por su variabilidad subjetiva, sino también porque, específicamente en relación a las violaciones de Derechos Humanos objeto del ámbito de acción de la comisión, el Derecho Humano presente en todas ellas es el Derecho Humano a la vida y es en este derecho donde la intangibilidad, indisponibilidad e inalienabilidad característica de los Derechos Humanos alcanza su máximo significado. La

comisión incluyó medidas insertables en el ámbito de la política social, tendiendo a eliminar el componente indemnizatorio de la reparación económica, a favor del componente prestacional y de reducción de las desigualdades.

3. EL POTENCIAL EDUCATIVO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA MEMORIA DEMOCRÁTICA.

En cuanto a las medidas de no repetición, el concepto viene asociado a la noción de reconciliación nacional y al establecimiento de una cultura nacional de Derechos Humanos, lo que viene a sugerir que las bases de la no repetición se asientan en dos pilares para Argentina y Chile: la democracia como regeneración institucional, política y social, y la educación como herramienta de conocimiento y concienciación.

Para comunicar la historia de las víctimas de las dictaduras del Cono Sur y transmitir su memoria, además de la construcción de memoriales y la musealización de espacios simbólicos, resulta necesaria una intermediación didáctica que conecte el espacio con la memoria. Así, la educación puede proporcionar un anclaje sobre el que unir la historia de las generaciones presentes en el proceso: la que sufrió las violaciones de Derechos Humanos y la barbarie, la generación que puso en marcha los mecanismos de reparación y la generación que ahora necesita disponer de las herramientas necesarias para saber interpretar los procesos históricos que vivieron sus generaciones precedentes. Este enlace entre generaciones permite el reconocimiento a las víctimas y el establecimiento de estrategias didácticas que permitan interpretar los espacios con memoriales, o bien los denominados espacios en conflicto, referido al patrimonio vinculado de alguna forma al pasado dictatorial (Estepa, 2019).

La educación en general, y la enseñanza de la historia en particular, tiene ante sí el gran reto de hacer frente al negacionismo, una tendencia que resulta especialmente preocupante cuando hablamos de la enseñanza y reconstrucción de la memoria democrática, debido a las consideraciones éticas que la envuelven. El papel de las redes sociales y de algunos gobiernos que ponen en cuestión la condena a las dictaduras militares en Iberoamérica pone a prueba la capacidad de resistencia de las políticas de memoria democrática (Rodrigues y Vieira, 2021) y la manera en la que se han promocionado desde las instituciones educativas para la pervivencia de la reparación a las víctimas mediante el reconocimiento a través de las generaciones.

La presencia de la memoria democrática en los currículums ya se encontraba bastante limitada anteriormente a la aparición de estos fenómenos sociales y políticos. Para Núñez y González (2021), esto se debe a, por un lado, la ideología curricular dominante basada en la racionalidad técnica, para la cual no tiene cabida saberes difícilmente mercantilizables y, por otro, a la corriente del aprendizaje a través de la experiencia que complica la enseñanza de saberes alejados del presentismo.

Esta racionalidad técnica en los currículums educativos, con una total ausencia de discusión pedagógica sobre la manera de abordar la reconstrucción de la memoria democrática, especialmente en la década de los 90, ha sido algo muy presente en los países del Cono Sur después de sus procesos transicionales (Rubio, 2012), a la par que convivían con

movimientos de educación popular que trabajaban para trasladar lo popular a lo público (Visotsky, 2014). Todo ello, el contexto político, social y pedagógico, requieren repensar las políticas educativas dirigidas a la reconstrucción de la memoria democrática en los países del Cono Sur, pero también en el resto de Iberoamérica y en Europa.

Acercarse a la didáctica de la memoria supone hacerlo desde una perspectiva crítica, tanto desde el punto de vista de la teoría pedagógica como del discurso que confronta con las relaciones de poder preestablecidas. Esto es porque el concepto de la didáctica de la memoria se adentra en otros conceptos controvertidos como son el de esfera pública, ciudadanía, democracia, identidad o hegemonía (Cuesta, 2011). Son conceptos controvertidos porque habitualmente empujan al participante hacia lo partidario, debido a que es imposible observar con absoluta neutralidad y objetividad los relatos de las víctimas de crímenes contra la humanidad, porque hacen emerger posicionamientos con capacidad de provocar un gran impacto en la retransmisión y transformación de la cultura nacional en aquellos países que buscan afrontar su pasado a través del reconocimiento a las víctimas y la reflexión sobre los procesos históricos vividos.

Todas estas consideraciones hacen que se requiera de un profesorado comprometido con la temática y con la metodología necesaria para trabajar esta temática de manera efectiva. Para Delgado-Algarra y Estepa-Giménez (2016), el compromiso consiste en abordar la temática de la memoria democrática, pero no desde el ámbito del enjuiciamiento de las opiniones que se vierten en el debate, sino siendo exigente con la argumentación y que las opiniones puedan ser sostenidas con los datos aportados por el material con el que se ha trabajado en clase, así como aportando por parte del docente opiniones que permitan la réplica y que sus aportaciones sean útiles para abrir espacios de debate y no para cerrarlos dictando sentencia.

La didáctica de la memoria debe apostar por un enfoque transversal, que se integre en los contenidos curriculares como una herramienta que permita enseñar la historia a la vez que se forman estudiantes críticos e implicados con los valores que representan los Derechos Humanos (Galiana, 2020). Para ello, se plantean metodologías que estimulen una participación activa del alumnado, promoviendo la reflexión a través del debate, empleando como soporte para el debate textos históricos y entrevistas, para que sea a través de la investigación y la dialéctica (Zambrano-Ponce y García-Espinoza, 2022) la manera en la que el alumnado reconstruya la memoria democrática.

Los materiales que se habrán de tener en cuenta para trabajar la reconstrucción de memoria democrática en el aula deberán partir, en primer lugar, de los materiales clásicos que constituyen las principales fuentes historiográficas: documentos y textos. Sin embargo, la especial exigencia metodológica de la que hablamos requiere de una mayor variedad de materiales que, además, nos permitirán adaptarnos mejor a las necesidades del alumnado y lograr un proceso de enseñanza de mayor alcance (Sánchez-Gómez y López, 2020). Para el aprendizaje de la historia y de la memoria democrática resulta especialmente útil el uso de recursos visuales, como es el caso de la fotografía. La fotografía resulta un punto de partida interesante para trabajar la reconstrucción de la memoria democrática porque comparte características con la memoria personal, la manera en la que las personas recordamos se asemeja a la captura del instante de la fotografía a partir de la cual, en ambos casos somos capaces de recordar un proceso al que dotamos de una narrativa (Pantoja, 2010).

Tampoco podemos ser ajenos al impacto que tiene el espacio digital sobre la reconstrucción de la memoria y la generación de nuevo material para la memoria del futuro. Este espacio digital, que conserva y produce la memoria, no se trata solamente de un cambio tecnológico de calidad y almacenamiento de la fotografía, sino que se encuentra también en las redes sociales, con unas dinámicas y narrativas muy propias de este nuevo medio de comunicación social de masas. Por ello resulta interesante que se puedan ir introduciendo en el aula recursos producidos en las redes sociales que estén relacionados con la memoria democrática. Recoger testimonios, imágenes u opiniones que se transmiten a través de este medio, que nos ayuden a reflexionar sobre la temática, sobre el mensaje y sobre el propio medio que se ha escogido para transmitir, qué implicaciones sociales podemos asociar al mensaje y su medio y qué consecuencias provoca sobre la sociedad. Este espacio emerge como un espacio formativo para la juventud y es necesario educar en ciudadanía y memoria democrática con este medio como soporte para promover el debate reflexivo y los valores de los Derechos Humanos frente a los discursos de odio (Gozálvez-Pérez, et al., 2021).

4. CONCLUSIONES.

La verdad y la memoria actúan como sistemas restaurativos y capacitadores en la generación de la cohesión social que el buen funcionamiento y la calidad democrática ciudadana e institucional exigen. La integración de la verdad y la memoria en el seno de la discusión y el debate público y educativo, tanto en sede transicional o democratizadora, como en sede de consolidación y funcionamiento propiamente democrático, ha supuesto la asunción de una estrategia frente al olvido que asume el protagonismo de lo humano y de la necesidad de generar sociedades cohesionadas para el funcionamiento socio-democrático, combinando así un equilibrio entre reconocimiento, legitimidad, representatividad y buena gobernanza.

La adopción de políticas en materia de verdad y memoria supone dotar de una legitimidad y de una credibilidad a la totalidad de los actores y protagonistas sociales, generándose un discurso veraz y relativamente flexible, desde el punto de vista subjetivo, sobre la manera en que el pasado común debe ser afrontado.

Se aprecia una notable diferencia en cuanto a la intensidad de estas premisas en dos planos: por un lado, el marco teórico ha sido fuertemente desarrollado en el ámbito de lo político y de lo jurídico, mientras que, por otro, los elementos académicos, educativos y didácticos vinculados a esta línea de pensamiento quedan relegados a un segundo plano y se encuentran estrechamente conectados a los razonamientos estrictamente jurídicos. Es por ello que son escasas las prácticas educativas verdaderamente capacitadoras en este sentido.

Las causas de esta divergencia pueden ser variadas; no obstante, cabe destacar tres de ellas: la primera es la inexistencia de una verdadera aproximación educativa o pedagógica a la consideración de la memoria y de su impacto en sede de democratización y de calidad institucional democrática. La segunda de ellas, conecta con la ausencia de una cultura educativa adaptada, en el plano práctico, a las nuevas necesidades del modelo socio-político. Y finalmente, la tercera causa posible, está vinculada a los recursos disponibles para

los docentes tanto en su vida formativa como en su vida profesional.

A pesar de ello, América Latina ofrece un contexto de exigencias a nivel de protección de los Derechos Humanos y de intensidad en la reivindicación ciudadana idóneo para el desarrollo de nuevas prácticas educativas y de nuevos planes y modelos didácticos que contemplen la memoria democrática desde el planteamiento aquí ofrecido. Hay, en este sentido, dos elementos particularmente relevantes, a saber, el desarrollo de habilidades en materia de pensamiento crítico y el potencial de la tecnología educativa.

La importancia de esta perspectiva radica en temas ya existentes en los currículos como son la integración, el sentimiento de pertenencia, la capacidad de diálogo y la formación ciudadana. Su impacto va más allá de la mera formación profesional e incide de lleno en esa línea pedagógica en la que el individuo es el que construye de manera activa su propio aprendizaje, siendo consciente de la sociedad en la que vive y de la sociedad en la que quiere vivir.

REFERENCIAS

- Aguilar, P. (2008). Políticas de la memoria y memorias de la política. Alianza.
- _____. (1996). Memoria y olvido de la Guerra Civil española. Alianza.
- Avruch, K. (2010). Truth and reconciliation commissions: problems in transitional justice and the reconstruction of identity. *Transcultural Psychiatry*, 47 (1), pp. 33-49.
- Aylwin, P. (2007). La Comisión Chilena sobre la Verdad y Reconciliación. *Revista Ius et Praxis*, 13 (1), pp. 425-434.
- Camacho, F. (2008). Memorias enfrentadas: las reacciones a los informes Nunca Más de Argentina y Chile. *Persona y Sociedad*, 22 (2), pp. 67-99.
- Cassese, A. (1993). Los derechos en el mundo contemporáneo. Ariel.
- Castillejo, A. (2017). Perspectivas en diálogo: una reflexión con Alejandro Castillejo sobre el legado de Elizabeth Jelin a los estudios de la memoria latinoamericanos. *Crolar*, 6 (2), pp. 44-50.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). Recordar y narrar el conflicto. University of British Columbia.
- Colacrai, P. (2010). Releyendo a Maurice Halbwachs, Una revisión del concepto de memoria colectiva. *La Trama de la Comunicación*, 14 (1), pp. 63-73.
- Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación. (1996). Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, Vol. I, Tomo II. Andros Impresores.
- Cuesta, R. (2011). Historia con memoria y didáctica crítica. Con-ciencia social: anuario de didáctica de la geografía, la historia y las ciencias sociales, 15, pp. 15-30.
- Delgado-Algarra, E. J. y Estepa-Giménez, J. (2016). Ciudadanía y memoria histórica en la enseñanza de la historia: análisis de la metodología didáctica en un estudio de caso en ESO. *Revista de Investigación Educativa*, 34 (2), pp. 521-534. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.34.2.224891>
- Estepa Giménez, J. (2019). Memoria, patrimonio y ciudadanía, una contribución desde una perspectiva didáctica. PH: *Boletín del Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico*, 27 (96), pp. 225-226.

- Feld, C. y Franco, M. (2015). Democracia y Derechos Humanos en 1984, ¿hora cero? En C. Feld y M. Franco, M. (Ed.), *Democracia, hora cero. Actores, políticas y debates en los inicios de la posdictadura* (pp. 359-400). Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Galiana i Cano, V. (2020). La memoria democrática como herramienta didáctica. Pasado traumático e historia local en secundaria y bachillerato. *SÉMATA*, 32, pp. 421-432.
- Gozálvez-Pérez, V., Valero-Moya, A., & González-Martín, M.-R. (2021). El pensamiento crítico en las redes sociales. Una propuesta teórica para la educación cívica en entornos digitales. *Estudios Sobre Educación*, 42, pp. 35-54. <https://doi.org/10.15581/004.42.002>
- Halbwachs, M. (2004). *La memoria Colectiva*. Prensas Universitarias de Zaragoza.
- _____. (2004). Los marcos sociales de la memoria. *Anthropos*.
- Hutchison, E. y Bleiker, R. (2008). Emotional reconciliation. Reconstituting identity and community after trauma. *European Journal of Social Theory*, 11 (3), pp. 385-403.
- Ibarra, A. C. (2006). Entre la historia y la memoria. Identidad colectiva, memoria y experiencia, discusiones recientes. En M. Aguiluz y G. Waldman (Comp.). *Memorias (in) cónicas: contiendas en la historia* (pp. 21-38). Universidad Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Jelin, E. (2004). Los trabajos de la memoria. Siglo XXI.
- Lira, E. y Loveman, B. (2005). Políticas de reparación Chile 1990-2004. LOM.
- Medina, A. (2002). De la emancipación al simulacro: la ejemplaridad de la transición española. En E. Subirats (Ed.), *Intransiciones. Crítica de la cultura española* (pp. 8-37). Ed. Biblioteca Nueva.
- Méndez, J. (1997). Accountability for past abuses. *Human Rights Quarterly*, 19 (2), pp. 255-282.
- Minow, M. (1998). *Between Vengeance and Forgiveness: Facing History after Genocide and Mass Violence*. Beacon Press.
- Nora, P. (2008). Los lugares de la memoria. Trilce.
- Novaro, M. y Palermo, V. (2013). La dictadura militar (1976-1983): del golpe de Estado a la restauración democrática. Paidós.
- Núñez Rojas, M. A., & González Mella, B. (2021). Didáctica de la pregunta, didáctica de la Shoah: comprendiendo la Historia desde el cuestionamiento a las subjetividades. *Clio. History and History Teaching*, 47, pp. 267-275. https://doi.org/10.26754/ojs_clio/clio.2021475603
- Pantoja Chaves, A. (2010). La fotografía como recurso para la didáctica de la Historia. *Tejuelo: Didáctica de la Lengua y la Literatura. Educación*, 9, pp. 179-194.
- Rodrigues, B. y Silva Vieira, V.L. (2021) Contar história(s) e despertar (in)visibilidades: reflexões sobre didática da história, literatura e direitos humanos. *CLIO: Revista de Pesquisa Histórica*, 39 (2), pp. 8-28 <http://doi.org/10.22264/clio.issn2525-5649.2021.39.2>.
- Rojkind, I. (2004). La revista en controversia: reflexión y polémica entre los argentinos exiliados en México. En P. Yankelevich, P. (Ed.). *Represión y destierro. Itinerarios del exilio argentino* (pp. 239-243). Al Margen.
- Roldán, I. (2013). El testimonio. Aportes a la construcción de la memoria histórica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (2), pp. 222-226.
- Rubio, G. (2012). El pasado reciente en la experiencia chilena. Bases para una pedagogía de la memoria. *Estudios Pedagógicos*, 38 (2), pp. 375-396.
- Sánchez, G. (2008). Tiempo de memoria, tiempo de víctimas. *Análisis político*, 63 (1), pp. 3-21.
- Sánchez-Gómez, V. y López, M. (2020). Comprendiendo el Diseño Universal desde el Paradigma de Apoyos: DUA como un Sistema de Apoyos para el Aprendizaje. *Revista*

- latinoamericana de educación inclusiva, 14 (1), pp. 146-160,
- Uprimny, R. y Saffon, M. P. (2006). Justicia restaurativa y justicia transicional: tensiones y complementariedades. En R. Uprimny et al (Eds.), *¿Justicia transicional sin transición? Verdad, justicia y reparación para Colombia* (pp. 109-138). De Justicia.
- Visotsky, Jessica Anahí (2014). Memoria histórica y educación popular: practicar una "otra educación". Entrevista a Carlos Rodrigues Brandão. *Revista nuestrAmérica*, 2 (3), Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551956253003>
- Zambrano-Ponce, D.O. y García-Espinoza, M.M. (2022). Fortalecimiento del aprendizaje colaborativo en el subnivel superior a través del aprendizaje basado en problemas. *Dominio de las Ciencias*, 8 (2), pp. 118-138. <http://doi.org/10.23857/dc.v8i2.2637>

ANÁLISIS DE LA LEGIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN VULNERABLE

ANALYSIS OF THE READABILITY OF HEALTH INFORMATION
AIMED AT THE VULNERABLE POPULATION

Dra. Noelia Pelicano Piris

Departamento de la Educación, Universidad Antonio de Nebrija y la
Universidad Internacional de la Rioja, Madrid, España.

noeliapelicano@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8233-1812>

RESUMEN

El presente estudio evalúa la calidad de los materiales educativos en salud dirigidos a los usuarios/as migrantes, facilitados por organismos públicos, y disponibles en internet, con el fin de favorecer los autocuidados respecto a su salud, mediante un estudio observacional descriptivo, en el que se identifican páginas web de salud de organismos oficiales para población inmigrante, mediante el uso del motor de búsqueda Google. Tras analizarse las características interactivas de las webs seleccionadas, y del total de documentos disponibles, se evalúa la legibilidad del contenido con el analizador MU y la comprensión y usabilidad con la Herramienta de Evaluación de Materiales de Educación del Paciente (PEMAT), por observadores. Como resultados se obtiene que las páginas webs de organismos oficiales para inmigrantes, son precisas, con credibilidad, avaladas por fuentes y accesibles, pero dichas webs y el material del que disponían no estaban actualizados. La media de legibilidad de los documentos en castellano fue de 49,10 (DT=6,61); para los documentos en francés de 51,87 (DT=8,58) y los documentos en inglés 64,57 (DT=8,73). La puntuación promedio de comprensión PEMAT fue de 68,69 (DT=16,95) y de capacidad de acción 54,41 (DT= 24,26). Se concluye que los materiales educativos en salud no alcanzaron una calidad óptima. El nivel de lectura está por encima del promedio de un adulto, por lo que hay que hacer esfuerzos para mejorar la comprensión y usabilidad de los textos, así como contar con el público diana para la elaboración de materiales de

educación sanitaria.

ABSTRACT

The present study evaluates the quality of health educational materials aimed at immigrant users, provided by public organizations, and available on the Internet, in order to promote self-care regarding their health, through a descriptive observational study, in the that health web pages of official organizations for the immigrant population are identified, through the use of the Google search engine. After analyzing the interactive characteristics of the selected websites, and of the total available documents, the readability of the content is evaluated with the MU analyzer and the comprehension and usability with the Patient Education Materials Evaluation Tool (PEMAT), by observers. As a result, it is obtained that the web pages of official organizations for immigrants are precise, credible, endorsed by sources and accessible, but said web pages and the material they had were not updated. The mean readability of the documents in Spanish was 49.10 (SD=6.61); for documents in French 51.87 (SD=8.58) and documents in English 64.57 (SD=8.73). The average PEMAT comprehension score was 68.69 (SD=16.95) and action capacity 54.41 (SD= 24.26). It is concluded that the educational materials in health did not reach an optimal quality. The reading level is above the average for an adult, so efforts must be made to improve the comprehension and usability of the texts, as well as to have the target audience for the development of health education materials.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS

Legibilidad, comprensibilidad, usabilidad, migrante, e-salud, información de salud. / readability, comprehensibility, usability, migrant, e-health, health information.

1.INTRODUCCIÓN

La calidad de la información varía significativamente entre los sitios webs, considerando gran parte de la información como inexacta e incompleta (Diviani et al., 2015; O Doinn et al., 2020; Ghasemaghaei y Hassanein, 2016; Irwin et al., 2021; Sheridan et al., 2020), siendo el resultado la inconsistencia en la calidad de la información que llega al paciente (Fahy et al., 2014). El uso de un lenguaje demasiado técnico para transmitir información, junto con el volumen de contenido irrelevante de los resultados surgidos de los motores de búsqueda, el confuso diseño de páginas webs, la falta de requisitos universales de calidad para la publicación de contenidos en línea, la información inexacta o engañosa, así como la falta de un instrumento consensuado de análisis de la calidad de la web, son retos que se presentan actualmente en el panorama del uso de los sistemas de información para la búsqueda de

salud (Devea et al., 2022; Nölke et al., 2015).

La legibilidad es la que determina el nivel de comprensión lectora que una persona necesita para comprender un texto (Kružliaková et al, 2021; McInnes y Haglund, 2011). La investigación muestra que la legibilidad de la información de salud en línea está por encima de la capacidad de lectura promedio de un adulto, siendo entre 10 y 13, que corresponde a un nivel de lectura de secundaria o bachillerato (Devea et al., 2022; Edmunds et al., 2014 ; Hansberry et al., 2013; Yaqub y Ghezzi, 2015; Lim y Johnston, 2021; Oliffe et al., 2019; Patel et al., 2015; Ostrovsky, 2022; Reynolds et al., 2022; Stefu et al., 2021; Storr et al., 2016; Worrall et al., 2020; Zowalla et al., 2018). En la literatura médica, el nivel de lectura recomendado oscila entre los 5 a los 9 grados de nivel (Hamnes et al., 2016); equivalente en España a un nivel de 5º de primaria a 2º de ESO. En lo que respecta a la equivalencia de los niveles de lectura se formula en función del curso escolar del sistema educativo de EE. UU -grade level- (Blanco y Gutiérrez, 2002; Piñero, 2014). Un nivel de 1 a 6, corresponde a primaria, de 1º a 6º primaria, edades comprendidas entre (6 - 12 años). Un grado de 7 a 10, correspondería a un nivel de 1º a 4º ESO -12 - 16 años- y de 11 a 13, correspondería a un nivel de bachillerato -16-18 años- (Piñero, 2014).

Otras características de una página web, como el tipo de página, el país de origen y el estilo de escritura, podrían influir en la exactitud de la información y en la facilidad con la que se lee (Storr et al., 2016). En lo que se refiere al estilo de escritura, la información sobre la salud suele utilizar un estilo de escritura no narrativa en forma de listas numeradas y con viñetas, por lo que es más fácil de leer, a pesar de que la investigación narrativa puede trascender en resultados positivos para la salud (Kreuter, et al., 2007), un estilo de escritura narrativa es estructurado y puede ser bastante largo, lo que hace más difícil la lectura (Murphy et al., 2013).

Es así como, las consecuencias negativas relacionadas con la salud son probables, si hay una combinación de baja confianza en el médico a cargo, una alta disposición a automedicarse, información médica inexacta, mala calidad de la información, déficits en la evaluación de la calidad de la información sanitaria, el no cuestionarse la calidad de la información y utilizar criterios incorrectos para evaluarla (Feufel y Stahl, 2012; Mackert et al., 2009), y la baja alfabetización en salud o situación de vulnerabilidad (Murphy et al., 2022; Reynolds et al., 2022). Tanto es así que, estudios sobre casos perjudiciales asociados con el uso de información de salud en Internet, hallaron casos de angustia emocional, estrés y de muerte después de encontrar información errónea (Chesser et al., 2016; Do et al., 2020; Friis et al., 2020; Taylor et al., 2018). Así mismo, la población con menos años de escolarización, migrantes, grupos raciales o étnicos, las personas mayores o con baja capacidad cognitiva, tendrán mayor riesgo (McInnes y Haglund, 2011). Estas poblaciones pueden padecer engaños y/o malentendidos, con información o tratamientos erróneos, obtenidos en páginas webs (Chumber, 2014). Así mismo, si no tienen habilidades adecuadas para evaluar la validez y calidad del contenido de la página web que esté visitando, tendrán que basarse en marcadores de superficie de páginas webs e indicadores de confianza para hacer juicios de valor sobre la calidad de la información (Berland 2001; Reynolds et al., 2019; Stvilia et al., 2009; Swart et al., 2018).

Los indicadores de calidad tienen como objetivo guiar hacia la información de alta calidad. Zhang et al. (2015), realizaron una exhaustiva categorización para la evaluación de la calidad de la información de salud en línea. La categoría "contenido" que incluye

legibilidad, exactitud, exhaustividad, actualidad de la información, comprensión y usabilidad. Y la categoría “diseño” que incluye, accesibilidad, estética, navegabilidad, interactividad e idoneidad del material, esta última compuesta por adecuación cultural, tipografía, gráficos y viñetas (Doak, et al., 1996; Finnie, et al., 2010; Friedman, 2006; Helitzer, et al., 2009; Jahan, et al., 2014; Taki, et al., 2015) y por ello la incluyen en la categorización. Entre estos “Indicadores básicos” la exactitud, exhaustividad y actualidad de la información, surgieron para evaluar directamente la calidad de la información siendo el estándar oro para la evaluación de la información sanitaria en Internet (Burkell, 2004). Sin embargo, su uso es limitado debido a la necesidad de la participación de expertos, por lo que la evaluación de todos los sitios web de salud, con estos criterios, sería imposible (Eysenbach et al., 2002b). Para paliar esta limitación surgieron los “indicadores representativos de la necesidad”. Se trata de medidas indirectas de la calidad como son: herramientas de análisis de la legibilidad, sellos de aprobación y revelaciones, cuyo objetivo es evaluar la calidad de la información (Burkell, 2004).

Respecto a las herramientas de análisis de la legibilidad, estas se consideran una alternativa rentable y objetiva para la evaluación por parte de usuarios, que se han utilizado con el fin de evaluar los materiales de salud en línea, generados por profesionales (Arsenault et al., 2016; Cherla et al., 2012; Eloy et al., 2012; Hansberry et al., 2014). Más de 200 fórmulas y más de mil estudios publicados sobre ellas demuestran su validez teórica y estadística (Pace et al., 2012). Dicho indicador se determina mediante el uso de fórmulas de legibilidad, éstas consisten en una ecuación de regresión múltiple utilizada para predecir la dificultad de lectura en base a las características lingüísticas de los textos (Cheng y Dunn, 2015). Distintos investigadores coinciden en afirmar que las fórmulas de legibilidad captan la dificultad/facilidad de lectura de la información y se crean como un método para evaluar la legibilidad de un texto en función de factores objetivos (Berelson, 1952; González-Alliende, 1994; Minayo, 2002; Richaudeau, 1984).

En la época clásica (1900-1950), cinco serán las grandes aportaciones: la lista de Thorndike (Thorndike, 1917a; Thorndike, 1917b; Thorndike, 1917c; Thorndike, 1921; Thorndike y Lorge, 1932; Thorndike y Lorge, 1944), base para realizar el primer análisis matemático de legibilidad; la fórmula de Winnetka (Vogel y Washburne, 1928), base para el desarrollo de prototipos de las modernas fórmulas de legibilidad; Irving Lorge (1939), puente de unión entre el primer y segundo período de los estudios de legibilidad; la fórmula de Res de Flesch, para textos en inglés (Flesch, 1943; Flesch, 1958), precursor de las fórmulas de legibilidad, que servirá de base para las posteriores adaptaciones a distintos idiomas, y la herramienta New Dale-Chall, (NDC), de Dale-Chall, (Dale y Chall, 1948a; Dale y Chall, 1948b).

Es importante señalar que las fórmulas de legibilidad fueron originariamente creadas para información en un único idioma, el inglés. Flesch (1948), crea la fórmula base de legibilidad, solo para documentos en inglés y con su propio índice de estimación de nivel. Actualmente las herramientas disponibles parten de Flesch. En la adaptación al castellano se destaca el Índice Flesch-Szigriszt (IFZS) por Szigriszt Pazos (1992), obtenido con la Fórmula Flesch y la fórmula de Szigriszt incluida en el programa INFLESZ, la literatura muestra validez en sus resultados y se sigue utilizando (García-Rivera et al., 2020; Mariscal-Crespo et al., 2017; Lupón y Genis., 2021; Porrás-Garzón y Estopà, 2020; Rishabh et al., 2020; Shambavi et al., 2021).

En el ámbito de la salud, la norma actual es utilizar fórmulas de legibilidad para guiar en el desarrollo y la evaluación de los materiales de información sanitaria y cumplir con los niveles de grado de lectura establecidos. Las seis herramientas de análisis de legibilidad más

utilizadas son Flesch Kincaid Grade Level (FKGL), Flesch Reading Ease (FRE), Simple Measure of Gobbledygook (SMOG), Fry Readability Graph (FRG), Gunning Fog Index (GFI) y New Dale-Chall (NDC) (Wang et al., 2013). Pero los instrumentos que han demostrado ser altamente confiables en la evaluación de la legibilidad en un contexto de salud (Wang et al., 2013), y que han sido validados para analizar la legibilidad en el contexto de un material de salud en línea son: Flesch Kincaid Grade Level (FKGL), Flesch Reading Ease (FRE), Simple Measure of Gobbledygook (SMOG) y Gunning Fog Index (GFI) (Arsenault et al., 2016; Guitton, 2015b).

Los estudios muestran el análisis actualmente utilizando estas herramientas para analizar la legibilidad de la información en salud, de patologías tratamientos, consentimientos informados, folletos de salud etc., siguen coincidiendo en que la información disponible está a un nivel de lectura superior al recomendado, considerándose como ilegibles (Abdi et al. 2021; Behmer et al., 2020; Bompastore et al., 2018; Corcoran y Ahmad, 2016; Bompastores et al., 2018; Ostrovsky , 2022; Kecojevic et al., 2020; Moore y Milar, 2021; Peiris et al., 2021; Stefu et al, 2021; Stavropoulou-Tatla et al., 2022; Willian et al., 2022).

Las fórmulas de facilidad de lectura de Flesch y Flesch-Kincaid han sido las dos fórmulas de legibilidad más utilizadas en la literatura de salud (Wang et al., 2013). Este hallazgo es debido a su inclusión en las aplicaciones de procesamiento de textos populares. Pero a causa de los mínimos criterios de comprensión esperados, las fórmulas de facilidad de lectura de Flesch y Flesch Kincaid, pueden sobrestimar la legibilidad y no ser tan precisas para evaluar materiales relacionados con la salud. Las fórmulas de legibilidad utilizan diferentes criterios para establecer los niveles de grado de lectura. Para muchas fórmulas de legibilidad como Dale-Chall, Flesch Reading Ease, Fog, y Simple Measure of Gobbledygook (SMOG), las lecciones estándar de McCall-Crabbs en lectura, sirven como patrón oro para validar la comprensión (Dale y Chall 1948a; Flesh, 1948; Gunning, 1968; McCall y Schroeder, 1979; McLaughlin, 1969; Powers et al., 1958). Las estimaciones de nivel de grado de lectura varían según la fórmula, incluso cuando se aplican a la misma información de salud. Los resultados no son sorprendentes porque cada fórmula de legibilidad aplica diferentes cálculos y métodos para la validación. Aunque se puede esperar que los resultados difieran según el tipo de fórmula utilizada, es importante entender los criterios en los que se validan, cómo se aplican y en qué contexto se desarrollaron antes de implementarlos en la práctica para asegurar una interpretación óptima y significativa (Wang et al., 2013).

La aparición de procesadores de texto con la fórmula de Flesch incorporada, como, por ejemplo, Microsoft® Word® (Microsoft Corporation), disparó el uso de estas herramientas y, actualmente, existe una gran variedad de programas informáticos comerciales y calculadoras de legibilidad, de fácil acceso a través de la web, que calculan la legibilidad con varias fórmulas de legibilidad utilizadas en salud (FKGL), (FRE), (SMOG), (FRG), (GFI) (NDC),(INFLESZ) como: Readable.IO; Online Utility.org; Readability fórmulas; Metametricsinc® (marca registrada); Text Content Analysis Tool; Juicy Studio; Lexicool Textalyser; WordsCount: SMOG; Gunning Fog Index; Lexile.com® (marca registrada); Legibilidad MU. Fórmula Mu (μ). Los estudios que evalúan el contenido basado en Internet, tienden a utilizar varias herramientas al mismo tiempo, con el fin de obtener una gama más amplia de resultados. Pero, aunque las fórmulas de legibilidad están rutinariamente integradas y disponibles en el software de procesamiento de textos, utilizan diferentes cálculos que pueden producir resultados variados y representar mal los niveles de lectura, si no se usan e interpretan correctamente (Cherla et al., 2012, 2013; Cisua et al, 2019; Devea et al., 2022; Guitton, 2015a; Guitton, 2015b; Hansberry et al., 2014; Kecojevic et al., 2020; Ostrovsky et al., 2022; Szmuda et al., 2020).

2.MATERIALES Y MÉTODOS

HIPÓTESIS:

La información de salud suministrada en internet -por los organismos oficiales- es poco accesible, útil y comprensible dada la situación sociocultural y la integración de los colectivos bajo estudio en la población española.

Objetivo General: evaluar la calidad de los materiales educativos en salud dirigidos a los usuarios/as inmigrantes, facilitados por organismos públicos, y disponibles en internet, con el fin de favorecer los autocuidados respecto a su salud.

Específicos:

1. Evaluar la accesibilidad, precisión, credibilidad, actualidad y validez de las webs de estudio y de la información facilitada en éstas
2. Evaluar la legibilidad lingüística gramatical y tipográfica de la información sanitaria. Comparar las lecturas de las versiones en diferentes idiomas de la información existente en base al nivel de estudios que se requiere para entenderla y al nivel de alfabetización en salud de la población a la que va dirigida: población inmigrante.

Diseño:

Estudio observacional descriptivo.

Muestra:

Documentos de información sanitaria disponibles en webs de salud de organismos oficiales dirigidos a población inmigrante.

Ámbito de estudio

La Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), detalla que, el 63 % de la población mundial utilizan Internet en 2021. Sin embargo, esto deja a 2.900 millones de personas aún desconectadas (UIT, 2021). Recientemente, Álvarez-Galvez et al., (2020) y Weis, 2018 (citado en Falcón y Luna, 2021), analizaron los factores sociodemográficos asociados al uso de internet para buscar información relacionada con la salud en Europa, y mostraron que un 86% de la población europea y un 67,7% de la española, utilizaba internet para buscar información relacionada con su salud encontrándose distintas variables sociodemográficas y socioeconómicas que influían en el acceso y utilización de Internet, como la edad, sexo, género, raza/etnia, educación, ingresos, empleo y ubicación geográfica. Por ejemplo, en relación con el género, en Europa el 73% de las mujeres busca información sobre temas de salud en Internet frente al 66% de los varones. Sin embargo, en comparación con las economías no desarrolladas, la población africana sólo el 29% lo utilizan, en comparación con el 86% de Europa.

Comparando el porcentaje de españoles que utilizan Internet con la población extranjera,

se advierte que, en estos últimos años, nos sobrepasan en uso; el 88,7% de los extranjeros utilizan este servicio frente al 87,4%, de los españoles (INE, 2021). Por tanto, la red es utilizada por la población migrante con tanta o más frecuencia que el resto de la población. Esta población tiene acceso a las webs de salud a través de bibliotecas, locales y otros lugares públicos (Navas et al., 2012). En los grupos de bajos ingresos, el interés y uso de Internet resulta positivo, tanto es así que se ha comprobado que estas poblaciones utilizan la información de internet relacionada con enfermedades, tratamientos médicos y otros temas relacionados con la salud para: (1) cambiar su decisión acerca de cómo tratar su enfermedad (70%), (2) dar lugar a que hagan nuevas preguntas u obtener una segunda opinión médica (50%), (3) influir en su decisión para visitar a un médico (28%), (4) mejorar la manera de cuidar de sí mismos y para que se involucren en el proceso de toma de decisiones (48%) (Kind et al., 2015; Navas et al., 2012).

Internet es un entorno único y el hábito del lector en la web es diferente a la lectura de la información escrita impresa (Cheng y Dunn, 2015). Según Rose y Levinson (2004), la percepción de un usuario sobre lo que es preciso, actual, importante o útil, no sólo está determinado por la información que está buscando, sino por la razón por la que la buscan. Este proceso de búsqueda conlleva, generalmente, que pocas veces miren más allá de los primeros enlaces web ofrecidos por defecto de Google y de otros motores de búsqueda (Irwin et al., 2021). Todo ello puede producir que las probabilidades de encontrar un mayor número de páginas webs de información y compararlas sean menores, quedándose con la información de las primeras páginas (Zhang, 2012).

Muestreo

Sobre la base de la popularidad y de la frecuencia de uso de los buscadores generales se seleccionó para el estudio el motor de búsqueda Google, que actualmente cubre el 92,01% de motores de búsqueda del mercado mundial (Statista: The Statistics Portal, 2022). Google se ha mostrado como un recurso web eficiente para la identificación de información médica específica, así como para el uso con finalidades de ayuda al diagnóstico y a la información en salud (Asociación de usuarios de Internet, 2017). Una vez optado por el motor de búsqueda Google, para la selección de las webs de estudio, se dejó activa la opción «buscar en la web en cualquier idioma» que aparece en el buscador por defecto. Se seleccionaron todas las webs de los organismos oficiales españoles asumiendo las conclusiones de estudios recientes, basados en el comportamiento del uso de motores de búsqueda por los usuarios, mostrando que más del 50% de los internautas revisan sólo la primera página de la búsqueda y que sólo el 10% iría más allá de la tercera página (Cheng y Dunn, 2015; Eysenbach et al., 2002b; Storr et al., 2016). Teniendo en cuenta este factor, sólo las tres primeras páginas originadas de la búsqueda se incluyeron en el estudio.

Criterios de inclusión/exclusión: se utilizaron como criterios de inclusión los siguientes descriptores: “Webs de salud para inmigrantes”, “web 2.0 de salud para inmigrantes”, “Salud-inmigración” y como criterios de exclusión: páginas web dirigidas a los profesionales de la salud, ONGs, fundaciones privadas, blogs, noticias, anuncios, revistas médicas, foros, vídeos, enlaces de audio, enlaces a páginas web de grupos de discusión o listas de distribución. Siguiendo a Jiménez-Pernett et al. (2009), se eliminaron los duplicados y se exploró el contenido de cada sitio web. Reclutamiento de la muestra y tamaño muestral: la búsqueda se llevó a cabo en un día para minimizar los cambios entre los sitios web (Cochrane et al., 2012; Ellimootttil et al., 2012).

De 130 URL obtenidas, hubo un total de 21 webs oficiales de salud para inmigrantes, de las que sólo 5 contenían material sanitario dirigido a la población de estudio. Entre ellas, dos páginas competencia de la Junta de Andalucía, una de la Generalitat de Catalunya, otra del Gobierno de Aragón y, finalmente, una web del Gobierno de Cantabria. En la tabla 16 se muestra la referencia de cada página web seleccionada (ubicada en: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.20219769>). Las URL excluidas fueron: 4 blogs, 16 ONGs, 8 enlaces a Google Books, 4 revistas médicas, 11 noticias de periódicos, 3 webs de empresas extranjeras de salud, 2 páginas de cursos de formación, 1 enlace a Wikipedia, 1 enlace a Twitter, 16 PDF, 1 acceso a empresa de seguros de salud y 42 anuncios. De cada página web, que cumplió con los criterios de inclusión, se exploró el contenido y se realizó la determinación del tamaño muestral, obteniéndose el total de documentos que contienen información de salud; un total de 33 documentos fueron seleccionados como muestra para el estudio. En la Figura 1 se presenta el diagrama de flujo correspondiente a la selección y tamaño muestral.

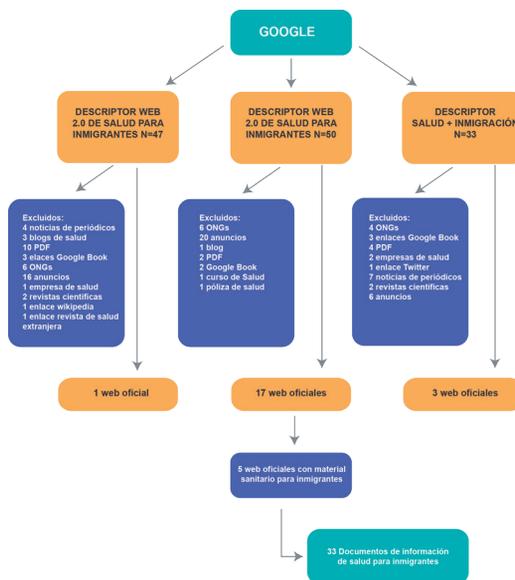


Figura 1. Diagrama de flujo. Selección y tamaño de la muestra de estudio, fuente: elaboración propia

Los documentos se distribuyeron en función de la temática: atención primaria (3 documentos), enfermedades de transmisión sexual (ETS) (4 documentos), promoción de la salud (7 documentos), acceso al sistema sanitario (8 documentos), planificación familiar (9 documentos) y derechos y deberes (2 documentos). En la tabla 1, disponible en <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.20219796> se expone cada documento, el organismo competente y la categoría temática. Los documentos de estudio por cada página web oficial de salud para inmigrantes están disponibles en la Tabla 2 del documento: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.20219646>

Variables e Instrumentos

Se ha considerado la categorización de Zhang et al. (2015), sobre las dimensiones e indicadores de calidad más adecuados y utilizados para la evaluación de la calidad de la información de salud en línea. En concreto la categoría “contenido” que incluye legibilidad, exactitud, exhaustividad, actualidad de la información, comprensión y usabilidad y se ha seguido la estructura del modelo teórico de Eysenbach (2000), analizamos las variables en relación con la calidad estructural, calidad del proceso y calidad del resultado, que desarrollamos a continuación:

Calidad estructural

Definición y medición de variables: se consideraron las siguientes variables de evaluación de las webs y contenido de la información:

- Precisión (exactitud): decimos que la información es precisa cuando no tiene error y no produce dudas en quién la utiliza. Es decir, la fuente de información debe estar contrastada y verificada y estará exenta de errores gramaticales y ortográficos
- Actualidad: la información debe estar vigente y actualizada. Es decir, deberá aparecer en la información expuesta la fecha de actualización (Ferrán-Ferrer y Pérez, 2012; Storr et al., 2016).
- Validez de la información: la información estará avalada por fuentes. El autor proporciona la información de las fuentes de información utilizadas y si la información publicada ha sido revisada por un comité editorial o por pares (Ferrán-Ferrer y Pérez, 2012; Storr et al., 2016).
- Autoridad y credibilidad: se establece por las credenciales del autor. La información presenta el nombre del autor y las credenciales profesionales, o bien se detalla si es un autor corporativo, una organización o institución, el tipo de organización y el país: .com (comercial); .edu (educacional); .org (organización); .gov (gobierno); .es (país: España) (Ferrán-Ferrer y Pérez, 2012; Storr et al., 2016).
- Accesibilidad de la información: se refiere al conjunto de estrategias para buscar, categorizar, modificar y acceder a la información que se encuentra en un sistema; bases de datos, bibliotecas, archivos, e Internet. En el caso de internet, la característica principal es el uso de los links para llegar al contenido de la información, que será necesario que funcionen con velocidad. En este caso, se considera que una información es accesible cuando realizas como máximo tres click de ratón para llegar al contenido desde la página de inicio (Zhang et al., 2015).

Calidad del proceso: Legibilidad

Se ha empleado una aplicación denominada “Analizador Legibilidad Mu (μ)” (Muñoz-Baquedano, 2006), herramienta realizada con Microsoft Visual Basic 6.0, para calcular la facilidad lectora de un texto. Es el resultado de un estudio descriptivo e inferencial que exploró las propiedades predictivas del modelo de legibilidad Mu (μ), en la determinación de los niveles de facilidad lectora de textos, comparando y contrastando la clasificación derivada de la legibilidad Mu (μ) y la jerarquización de los textos utilizados, realizada por docentes. La capacidad del modelo propuesto para predecir el grado de dificultad de los textos resultó

alta y consistente (W de Kendall= 0,813). Existió acuerdo entre los expertos y las variables analizadas ($\chi^2=276.361$; $p < 0.05$), y entre el índice μ y la jerarquización de los docentes ($r=0.829$; $p=0.042$), lo que supone una evidencia de validez de contenido del modelo para estimar el nivel de legibilidad de los textos.

La herramienta está disponible en la web <http://www.legibilidadmu.cl/>, y su uso es gratuito. Este programa estima la legibilidad de los textos proporcionando un índice de facilidad de lectura como muestra la tabla 13, Grados de la Escala μ , que se basa en el índice original de Flesch (Flesch, 1948):

Tabla 3: Grados de la Escala μ (Índice original de Flesch)	
Legibilidad Mu (μ)	
μ	Facilidad de lectura
91-100	Muy fácil
81-90	Fácil
71-80	Un poco fácil
61-70	Adecuado
51-60	Un poco difícil
31-50	Difícil
0-30	Muy difícil

Fuente: elaboración propia a partir de Muñoz-Baquedano (2006).

El modelo para el cálculo del índice de legibilidad Mu (μ) consiste en:

$$\mu = \left(\frac{n}{n - 1} \right) \left(\frac{\bar{x}}{\sigma^2} \right) \times 100$$

Donde:

μ =Índice de legibilidad

n=Número de palabras del texto

Media=Promedio del número de palabras del texto

σ =Varianza

Comprensibilidad: referida a la facilidad de comprensión e interpretación de un texto relacionado con el estilo y el argumento. Se ve afectada por factores personales (creencias, nivel intelectual, personalidad, actitud). Se evalúa en función de las características estructurales y de contenido del texto (Martínez de Sousa, 2005). En el ámbito de la salud, los materiales

de educación para el paciente y/o usuarios son comprensibles cuando los consumidores de diversos orígenes y diferentes niveles de alfabetización en salud pueden procesar y explicar los mensajes clave.

Estética (visualización de la información): cuando se presenta en un material informativo grandes cantidades de información se utilizan distintos métodos para procesar, estructurar y representar gráficamente dicha información para un usuario final, favoreciendo así la comprensión y puesta en acción. Es decir, se entiende que el contenido deberá ser presentado en el mismo formato para no distraer la atención del lector (Zhang et al., 2015).

Para evaluar estas dos últimas variables, anteriormente descritas, se ha empleado The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): método sistemático y validado para evaluar y comparar la comprensión (claridad en términos del procesamiento del mensaje del material presente) y la puesta en acción (la posibilidad para el usuario de “ponerse en acción” es decir, seguir las recomendaciones después de la exposición al material presente) de los materiales de educación sanitaria (Shoemaker, Wolf y Brach, 2014).

Los ítems correspondientes a comprensión y puesta en acción se puntúan con 0 (en desacuerdo), 1 (de acuerdo) o N/A (no aplicable). Los puntos para cada categoría (comprensibilidad y puesta en acción) se suman y luego se dividen por el número total de puntos obtenidos por cada categoría. Este valor se multiplica por 100, por lo que las puntuaciones pueden variar de 0% a 100%. Una puntuación PEMAT de 70% o menos se considera poco comprensible o con poca capacidad para la puesta en acción (Shoemaker, Wolf y Brach, 2014). El PEMAT considera la presentación numérica, aspecto importante que, usualmente, se pasa por alto en el desempeño de las tareas de salud (Smith et al, 2014). Dicha herramienta muestra excelentes acuerdos interjueces, una vez que los evaluadores se someten a un entrenamiento mínimo, utilizando las recomendaciones de la guía de usuario en línea que dispone la herramienta (Arsenault et al, 2016; Guitton, 2015a; Shoemaker, Wolf y Brach, 2014; Zelmer et al., 2015).

Calidad del resultado: usabilidad

Usabilidad: la información además de comprensible debe ser útil. Se entiende por usabilidad de la información, según la propuesta de la norma ISO 9241-11, al «grado en que un producto puede ser usado por determinados usuarios para conseguir objetivos específicos con eficacia, eficiencia y satisfacción en un contexto de uso» (Fernández et al., 2011). La herramienta PEMAT (ya desarrollada en el apartado 3.3.2) introduce una segunda puntuación, además de la puntuación de comprensibilidad clásica, relacionada con la puesta en acción después de la exposición al material presentado (Shoemaker, Wolf y Brach, 2014), ofreciendo la posibilidad de evaluar la usabilidad de los materiales de educación del paciente. Mediante la concesión de puntos, el PEMAT genera un resultado final independiente. Este es el primer instrumento que mide la capacidad de acción, un objetivo cada vez más acentuado de los materiales de educación para pacientes y/o usuarios. Haciendo particularmente importante los resultados de las pruebas de consumo, convirtiéndose así, en la única herramienta actual que presenta un indicador de resultado.

Recolección de datos

La recogida de los datos para la evaluación de las variables: precisión/exactitud, actualidad, validez de la información, autoridad y accesibilidad, se realizó con la exploración

del contenido informativo. Toda la información se recogió en un Excel en el que se integraron los datos respondiendo a cada variable.

- Para la variable precisión (exactitud), se comprobó que el contenido estuviera verificado y no presentara errores gramaticales u ortográficos.
- Para la variable actualidad, se comprobó si el contenido estaba actualizado, siguiendo el criterio de Ferrán y Pérez (2012), determinando cuál era la última fecha de actualización de la información, entendiendo se considera que una web está actualizada cuando sus contenidos se cambian en un periodo de seis meses (Storr et al., 2016).
- Para la variable validez de la información, se comprobó que la información estuviera avalada por fuentes y revisada por un comité editorial o por pares.
- Para la variable autoridad y credibilidad, se comprobó el nombre del autor/autores o autor corporativo si era el caso de una organización y se especificó el país de origen.
- Para la variable accesibilidad, se contabilizó el número de clicks de ratón para acceder a la información, considerando adecuada accesibilidad si no eran más de tres clicks de ratón para acceder al documento desde la página de inicio (Zhang, 2015).

Para obtener la puntuación acerca de la legibilidad lingüística gramatical del material sanitario, y considerando que las fórmulas de legibilidad se basan en el recuento de palabras y oraciones, se recomienda preparar cuidadosamente el texto a evaluar para garantizar la fiabilidad y exactitud del análisis computarizado (National Institutes of Health, 2017). Previamente al análisis, se suprimieron los puntos en expresiones como “Dr.”, “Vd.” y se eliminaron frases entrecorridas, paréntesis, guiones, puntos y puntos suspensivos (Simón-lorda et al., 1996).

Igualmente, para la selección del fragmento de texto a analizar, se tuvo en cuenta que el cálculo de nivel de lectura mediante el uso de un documento entero puede mostrar un nivel de lectura general y puede no representar el nivel de lectura para áreas críticas de información (Wang et al., 2013). La información escrita sobre salud contiene áreas de información introductorias que son de fácil lectura, seguidas por áreas críticas de información. Es por ello por lo que, la lectura de las estimaciones debe, como mínimo, representar estas áreas críticas. Siguiendo este criterio, de cada documento se tomaron 3 fragmentos: uno del principio, otro medio y, por último, un párrafo final. Se introdujo un total de 150 a 200 palabras. Cada documento se identificó por su título, fecha de publicación y nombre del autor o editor.

Con relación a las variables comprensibilidad y usabilidad de la información. Tres jueces independientes, evaluaron el material sanitario utilizando las recomendaciones de la guía de usuario en línea de la herramienta PEMAT. El análisis originó una puntuación total de la categoría comprensión y una puntuación total de la categoría acción.

Análisis de los datos

El índice de legibilidad, la categoría comprensión y acción de PEMAT, se resumieron en términos de resumen (media) y dispersión (desviación típica). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de los resultados. Se halló el Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) para

valorar la fiabilidad interjueces. La significación estadística se determinó para un valor $p < 0,05$. Los análisis se realizaron usando el programa SPSS, versión 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

A continuación, se muestran las variables a estudio, indicadores e instrumentos de medida:

1. Precisión/exactitud: la información es precisa cuando no tiene error y no produce dudas en quién la utiliza, para ello es necesario comprobar que la fuente de información esté contrastada, verificada y exenta de errores gramaticales y ortográficos.
2. Validez: la información está avalada por fuentes. Es necesario comprobar que la información de las fuentes de información utilizadas y publicadas, hayan sido revisadas, por un comité editorial o por pares.
3. Actualidad: la actualidad del contenido. Será necesario comprobar que se actualiza la información en un periodo de seis meses.
4. Credibilidad /autoridad: se refiere al nombre del autor y credenciales profesionales y al proceso editorial. Se hace necesario comprobar que la información presenta el nombre del autor y las credenciales profesionales, o bien se detalle si es un autor corporativo, una organización o institución, así como tipo de organización y país.
5. Accesibilidad de la información : los links para llegar al contenido funcionan con velocidad. Se considerarán un máximo de tres click de ratón para llegar al contenido desde la página de inicio.
6. Legibilidad: Facilidad de lectura, se valorará dicha variable con el analizador de Legibilidad MU
7. Comprensión: Comprensibilidad, se valorará dicha variable con la herramienta Patient education materials assessment tool (PEMAT).
8. Usabilidad/Grado de aprendizaje: Capacidad para la acción, se valorará dicha variable con la herramienta Patient education materials assessment tool (PEMAT).

3.RESULTADOS

Siguiendo la estructura de tres niveles del modelo de Eysenbach (2000), se presentan los resultados atendiendo a la calidad estructural, calidad del proceso. En cada nivel se analizan las categorías emergentes y los nudos establecidos con relación a la variable implicada.

Con relación a la calidad estructural, las Tablas 4, 5, 6, 7 y 8, (disponible en: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.20219655>) muestran los principales resultados con relación a las variables precisión/exactitud, actualidad, validez de la información, autoridad y accesibilidad. En dichas tablas se observa cómo, en las cinco webs de estudio y en los materiales sanitarios que contienen, la información es precisa, está avalada por fuentes, siendo éstas, contrastadas y verificadas y exenta de errores gramaticales y ortográficos. La información publicada fue revisada por un comité editorial o por pares en las cinco webs, pero dicha información no

presentaba una reciente actualización. Con relación a la accesibilidad, cumple con el factor de accesibilidad siendo, como mínimo, tres click de ratón para llegar al contenido desde la página de inicio.

Calidad del proceso: contenido de la información. Legibilidad

Las puntuaciones obtenidas tras el análisis de la legibilidad del material sanitario con el analizador de Legibilidad Mu (μ), se detallan en la tabla 9, (disponible en; <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.20219658>) acompañadas del nivel de grado de dificultad de lectura.

En cuanto a la puntuación media de legibilidad de los documentos, con la estimación Mu (μ), como se puede apreciar en la tabla 10, los documentos en castellano son considerados como difíciles y los documentos en francés como un poco difícil, teniendo estos resultados similares. Sólo los documentos en inglés son considerados, por muy poca diferencia, como adecuados. La puntuación mínima de los documentos en inglés es la más alta.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos Legibilidad							
	N	Mínimo	Máximo	Media	Nivel de lectura (μ)	Desviación típica	Varianza
Documentos en Castellano	33	39,20	67,90	49,1091	Difícil	6,61440	43,750
Documentos en Francés	17	39,50	74,90	51,8706	Un poco difícil	8,58616	73,722
Documentos en Inglés	17	53,60	81,50	64,5765	Adecuado	8,73581	76,314

Fuente: elaboración propia a partir de Muñoz-Baquedano (2006).

En el análisis por frecuencias del nivel de lectura, para los documentos en castellano y francés, sólo dos adquieren un nivel adecuado de legibilidad a diferencia de los documentos en inglés donde, aproximadamente la mitad, el 52,81%, obtiene una puntuación que lo sitúa por debajo de la dificultad.

Comprensión de la información

En la tabla 12 (disponible en: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.20219673>) se detallan las puntuaciones de los tres observadores y su promedio, correspondientes a la categoría comprensión del cuestionario PEMAT. Siguiendo a Shoemaker, Wolf y Brach, (2014), una puntuación PEMAT de 70 o inferior se considera poco comprensible. Como refleja la tabla 12, el documento que se valora como menos comprensible es "Asistencia sanitaria para la población inmigrante desde la atención primaria" frente al documento "Folleto informativo anticoncepción de urgencia" que obtiene la puntuación más alta, siendo considerado, por tanto, como comprensible

Si observamos la puntuación media (tabla 13), se puede comprobar como el material sanitario analizado, por los tres observadores, es considerado como poco comprensible, ya que, aunque roza el 70% en puntuación es inferior a este punto de corte. Los resultados de

la desviación típica y varianza reflejan que existe gran dispersión en los datos. El 51,51% de los documentos superan el 70% y el resto no lo supera.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos comprensión PEMAT

Puntuación PEMAT Desviación típica	Comprensión Varianza	N	Rango	Mínimo	Máximo	M e d i a
Observador 1 251,917	33 56,00	35,00	91,00		68,3333	15,87188
Observador 2 332,758	33 57,00	35,00	92,00		69,8485	18,24164
Observador 3 315,960	33 54,00	38,00	92,00		67,90911	7,77527
PUNTUACIÓN PROMEDIO 16,95426	33 287,447	54,67	37,00	91,67		68,6970

Fuente: elaboración propia

El Coeficiente de Correlación Intraclase (0,978; $p=0,00$) que indica una concordancia excelente entre los valores interjueces de la categoría comprensión del PEMAT, como se aprecia en las tablas 14 y 15.

Tabla 14. Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) PEMAT

Correlación intraclaseb 95% de intervalo de confianza Prueba F con valor verdadero

	Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,936a	,890	,966	45,038	32	,000
Medida promedio	,978c	,960	,988	45,038	32	,000

Fuente: elaboración Propia

Tabla 15. Valoración de la concordancia según los valores del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI)

Valor del CCI

Fuerza de la concordancia

> 0,8 Excelente

$0,6 < ICC \leq 0,8$

Buena

$0,4 < ICC \leq 0,6$

Moderada

$\leq 0,4$

Débil o pobre

Fuente: elaboración propia. Tomado de Fleiss, (2004)

En La tabla 16 (disponible en: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.20219769>), se muestra como no existe correlación entre las puntuaciones de legibilidad y la categoría comprensión de la herramienta PEMAT. Así observamos, a modo de ejemplo, como el documento 22 presenta un nivel de legibilidad difícil y en cambio es uno de los mejor puntuados en PEMAT por los tres observadores. Como diversos autores afirman (Alliende, 2002; Moreno et al., 2010; Fahy et al., 2014) que exista comprensión, no implica que el documento sea legible. No se evidencia relación lineal significativa entre las variables “puntuación de legibilidad μ ” y “puntuaciones de comprensión del cuestionario PEMAT” en los tres jueces. En cambio, sí existe relación lineal y positiva entre las puntuaciones de los jueces para todas las combinaciones posibles (tabla 16), confirmando los resultados obtenidos en el Coeficiente de Correlación Intraclase.

Calidad del resultado: intención de conducta y grado de aprendizaje

En la tabla 17 (disponible en: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.20219787>), se detallan las puntuaciones de los tres observadores, correspondientes a la categoría acción del cuestionario PEMAT. Siguiendo a Shoemaker, Wolf y Brach (2014), una puntuación PEMAT de 70 o inferior se considera con poca capacidad para la acción. Como observamos en la tabla 17, las puntuaciones, resaltadas en color, alcanzan puntuaciones por encima del 70%, considerándose con capacidad de acción. Sin embargo, en general, las puntuaciones medias obtenidas de la categoría acción del PEMAT son inferiores a 70%, lo que refleja una baja intencionalidad de conducta.

Tal como ocurrió con la categoría comprensión del PEMAT, el Coeficiente de Correlación Intraclase (0,934; $p=0,00$) indica una concordancia excelente entre los valores interjueces para la categoría acción del PEMAT.

Tabla 19. Coeficiente de correlación Intraclase acción PEMAT

Correlación intraclaseb	95% intervalo de confianza			Prueba F con valor verdadero			
	Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig	
Medidas únicas	,826a	,716	,903	15,238	32	64	,000
Medidas promedio	,934c	,883	,965	15,238	32	64	,000

Fuente: elaboración propia

4.DISCUSIÓN

Con relación a la Calidad Estructural referida al diseño de las páginas web de salud, y la valoración de la precisión/exactitud, actualidad, validez de la información, autoridad y accesibilidad. Se especifica que, la búsqueda realizada con el motor Google a partir de los descriptores específicos descritos en la estrategia de búsqueda, que contó como descriptor principal “inmigrante”, no originó grandes resultados. El número obtenido de webs de organismos oficiales de salud para inmigrantes fue mínimo, y no están en consonancia con otros estudios donde el número de webs oficiales derivadas es mayor, así como su posicionamiento, situándose en el más alto ranking de la muestra en Google (Chen y Dunn, 2015; González-Soltero et al., 2015; Reichow, 2013; Storr et al., 2016). En esta investigación, solo 21 webs de 130 URL fueron detectadas; y con relación al ranking de posición, se encontraban entre la segunda y tercera página de la búsqueda en Google. Estos hallazgos son consistentes con los encontrados en otros estudios (Colaco et al., 2013, Edmunds et al., 2014, Gorczynski et al., 2013, McInnes y Haglund, 2011; Polishchuk et al., 2012; Vargas et al., 2014; Walsh y Volsko, 2008). Actualmente, el valor de posicionamiento más aceptado es el PageRank (PR), una marca registrada y patentada por Google, que consiste en un valor numérico que refleja los “links” que tiene esa página respecto a otras páginas bien posicionadas (Google Page Rank, 2016). Los motores de búsqueda están diseñados para proporcionar en las primeras posiciones los sitios más populares y relevantes. Es necesario realizar una buena exposición de la web para que sitúen la información en lo más alto del ranking (Scullard et al., 2010).

Los datos obtenidos indican que los organismos oficiales, que abordan en la red la salud en población inmigrante, ostentan un índice de posicionamiento deficiente. A su vez, en contraposición con otros estudios (Zellmer et al., 2015; Chen y Dunn, 2015; Patel et al., 2015), donde las webs oficiales españolas proporcionan abundante información de salud para el usuario nativo, sólo 33 documentos fueron derivados de las cinco webs oficiales de estudio. Si atendemos a temas concretos sobre el que los inmigrantes muestran interés, como es el

caso de la salud mental la información es nula (Bas-Sarmiento et al., 2015).

La evaluación de las características interactivas, que hacen que los sitios web se consideren de calidad, ha sido identificada como otra área de importancia para los usuarios finales (Breakey, 2016). La evaluación de la precisión/exactitud, actualidad, validez de la información, autoridad y accesibilidad, permitió identificar la calidad que presentan actualmente las webs de organismos oficiales seleccionados, y el material sanitario a estudio. El interés por valorar dichas variables se encuentra motivado por las limitaciones detectadas en la literatura respecto a la evaluación de la calidad de una web (Eysenbach et al., 2002b; González-Soltero et al., 2015; Storr et al., 2016; Taki et al., 2015). Se considera que una web es de calidad si las fuentes están contrastadas, si se ha actualizado la información en los últimos seis meses (Ferrán y Pérez, 2012), se presenta el tipo de página web, el país de origen, el organismo competente y la distancia relativa entre la información, es decir, la cantidad de clicks que se necesita para llegar a la información desde la página de inicio (Guitton, 2015a; Storr et al., 2016; Zhang et al., 2015).

La variable precisión se mide con relación a la exactitud de los contenidos, es decir, que dichos contenidos estén verificados sin errores gramaticales (Ferrán-Ferrer y Pérez, 2012; Storr et al., 2016). Generalmente, se muestran estudios que evalúan el contenido mediante la comparación de protocolos médicos y en base a la opinión de expertos, no exentos de limitaciones: relación tiempo-coste, disponibilidad de expertos y especificación de fuentes; no siendo una opción factible en sitios web que presentan información sobre una gama más amplia de temas (Cooke y Gray, 2002; Craigie et al., 2002; Impicciatore et al., 1997; Li et al., 2001; Pandolfini et al., 2000); como ocurre en el presente trabajo.

Igualmente, en consonancia con otros autores (Breakey, 2016; Lambert et al., 2017; Storr et al., 2016), este análisis no es característico para este tipo de webs, ya que, al ser competencia gubernamental, la información destinada a educar al público sobre un tema en particular es obtenida en la literatura científica, estando obligados a especificar las fuentes (Patel et al., 2015; Storr et al., 2016). Es responsabilidad del organismo oficial garante asegurar la revisión periódica de la información que ofrecen para certificar su exactitud (Cheng y Dunn, 2015). Por ello los estudios recomiendan el uso de páginas web gubernamentales cuando se busca información de salud dada su fiabilidad (Reichow, 2013; Scullard et al., 2010).

Sin embargo, tal y como hemos visto, las páginas webs oficiales a estudio no fueron actualizadas recientemente. El Centro de recursos IEC para población inmigrante presenta su última actualización en 2008, las otras webs se actualizaron entre 2013 y 2016, a excepción de la web "Salud Informa.es", competencia del Gobierno de Aragón, que presenta la actualización más reciente, en febrero de 2017. Con relación a la base de datos de documentos disponibles en dichas webs, tampoco presenta una actualización reciente, ya que dichos documentos fueron realizados entre 1999-2013; no se han incorporado documentos de años más recientes, lo que coincide con otros estudios (Alsaiani, et al., 2016; Charbonneau, 2012; Sowter et al., 2016).

La validez a través de las fuentes de información es un dato clave y necesario, imprescindible en la valoración de la calidad (Alsaiani, et al., 2016; Charbonneau, 2012; Promislow et al., 2010; Storr et al., 2016). En este caso, el análisis realizado verificó el aval de las fuentes, tanto de las webs oficiales como de sus documentos, constatando que el contenido había sido revisado por un comité editorial y/o por pares, además de por expertos en sanidad. Cada web

presentaba su organismo competente y proporcionaban, en los documentos, el nombre de la organización que creaba el material y las credenciales profesionales, detallando el país de origen.

Por otro lado, el material sanitario disponible en las webs es accesible, teniendo en cuenta que sólo fueron necesarios de entre dos a tres clicks para llegar al contenido, cumpliendo así con la premisa de accesibilidad al realizar como máximo tres click de ratón para llegar al contenido desde la página de inicio (Zhang et al., 2015). De hecho, como se aprecia en los resultados, la mayoría de las webs de estudio contenían la certificación de accesibilidad W3C Nivel Doble-A de conformidad con las directrices de accesibilidad para el contenido Web 1.0 (WCAG 1.0).

Se completó el análisis estructural valorando si las webs contenían certificación de calidad. Fueron la web “Salud Informa.es”, competencia del Gobierno de Aragón, y “Aprendiendo a vivir”, del Gobierno de Cantabria, las que presentaron el certificado de calidad HONCODE. Se trata de uno de los sellos de certificación de calidad más utilizados en el ámbito de la salud, creado por la Fundación Health on the Net (Boyer et al., 1998). Varios estudios han encontrado que la certificación HONCODE se asocia con una mejor calidad de la información y mayor fiabilidad (Mousiolis et al., 2012; Nason et al., 2012). Sin embargo, también hay evidencias de que algunos sitios webs que poseen la certificación, no cumplen plenamente con los criterios de calidad establecidos por esta herramienta (Fahy et al., 2014).

Con relación a la calidad del proceso, es decir el contenido de la información, el análisis de la legibilidad. Se puede apreciar en los resultados que, la puntuación media obtenida de legibilidad refleja que el material sanitario, para la población inmigrante de webs de organismos oficiales, no cumple las recomendaciones de legibilidad expuestas por la literatura científica (Department of Health and Human Services, 2010; Su-I Hou, 2012). Según la escala de grados de lectura Mu (basada en la escala de grados original de Flesch), no alcanzan el rango de nivel de lectura estimado como adecuado (61-70). Lo recomendado para los documentos de salud en España equivaldría a un nivel entre 5º de primaria a 2º de la ESO (Hamnes et al., 2016). Estos resultados son consistentes con otros estudios de análisis de legibilidad de materiales educativos en otras disciplinas médicas que sugieren que la información está por encima del nivel promedio de lectura de un adulto y que la información sanitaria en Internet es demasiado compleja para ser eficaz en poblaciones con bajo nivel de alfabetización (Balakrishnan et al., 2016; Colaco et al., 2013; Cheng y Dunn, 2015; Cherla et al., 2012; Edmunds et al., 2014; Fitzsimmons et al., 2010; Gorczynski et al., 2013; Gordon et al., 2012; Hamnes et al., 2016; Lambert et al., 2015; Leyenar et al., 2016; McInnes y Haglund, 2011; Patel et al., 2015; Polishchuk et al., 2012; Sanghvi et al., 2012; Storr et al., 2016; Walsh y Volsko, 2008; Yaqub y Ghezzi, 2015) siendo este de un nivel entre 10 a 13, correspondiente a un nivel de lectura de bachillerato (Hansberry et al., 2013). La equivalencia de los niveles de lectura se formula en función del curso escolar del sistema educativo de EE. UU (grade level) (Piñero, 2014). Así, un nivel de 1 a 6 corresponde a primaria, de 1º a 6º primaria, edades comprendidas entre (6 - 12 años); un grado de 7 a 10, correspondería a un nivel de 1º a 4º ESO (12 - 16 años), y de 11 a 13, correspondería a un nivel de bachillerato (16-18 años).

La literatura ha demostrado que el nivel de legibilidad de textos de salud, en Estados Unidos, Australia, Sudáfrica, India y Europa no se ajusta a los requisitos, por lo que es plausible sugerir que es un problema común y mundial (Paasche-Orlow et al., 2015; Taylor y Bramley, 2012; Vucemilo y Borovecki, et al., 2015; Villamañan et al., 2016). Teniendo en cuenta el nivel de

alfabetización de la población a la que va dirigida la información, se hace aún más relevante.

Por idiomas, los documentos en castellano son considerados como difíciles (49,1) y los documentos en francés como un poco difícil (51,8). Sólo los textos en inglés se valoran, por muy poca diferencia, como adecuados (64,5). El análisis por frecuencias del nivel de lectura de los documentos en todos los idiomas ratifica lo señalado, sólo un documento en castellano adquiere un nivel adecuado de legibilidad. Estos resultados coinciden con estudios previos, que analizaron documentación en estos idiomas, y que, a excepción de algunos documentos concretos, contenían un nivel de lectura de 4º de ESO a bachillerato para ser leídos, considerándose difíciles de leer (Barrio, 2007; Castillo-Ortiz et al., 2017). Respecto a los documentos en inglés, aproximadamente la mitad, obtiene una puntuación que lo sitúa por debajo de la dificultad, pero aun así, no alcanzan el nivel recomendando de lectura. Estos resultados están en consonancia con otros estudios que obtuvieron puntuaciones levemente mayores en los documentos en inglés, pero igualmente no alcanzaron el nivel recomendado de lectura (Blanco y Gutiérrez, 2002; Rubiera et al., 2004).

La literatura advierte que la legibilidad dependerá, en gran medida, de si el texto está constituido por palabras cortas y frases breves, para permitir al lector avanzar en el contenido del texto, haciéndose este más legible (Barrio, 2007; Blanco y Gutiérrez, 2002; Ferrando-Belart, 2007). Idiomas como el inglés o el francés, en su propia estructura gramatical ya contemplan algunas de las características que se recomiendan para que un texto sea legible: limitación del tamaño de la frase, de 8 a 10 palabras, la sustitución de palabras largas con polisilábicos o sinónimos más comúnmente utilizados y más cortos (San Norberto, 2011; Walsh y Volsko, 2008).

Por otra parte, otros recientes, que exploran la legibilidad de la información entre páginas web oficiales y comerciales, hallaron que es más difícil leer páginas web del gobierno, que blogs y páginas web educativas (Storr et al., 2016). La razón puede deberse al estilo de escritura presente en cada uno de estos sectores. Los autores comerciales, con el objetivo de asegurar el mayor público posible, utilizan la escritura no narrativa, que facilita la lectura (Fitsimmons et al., 2010). Por el contrario, un estilo de escritura narrativa, más presente en la información de organismos oficiales, es tediosa, compuesta por grandes párrafos, lo que hace más difícil su lectura (Kreuter et al. 2007; Murphy et al. 2013). No obstante, hay estudios que muestran resultados en otro sentido (Risoldi et al., 2012), reflejando que las páginas web comerciales fueron significativamente más difíciles de leer que las páginas web del gobierno. Concluyeron que el propio formato en el que se presentaban los materiales en la web podría ser el motivo, siendo la mayoría trípticos y folletos de información con lenguaje no narrativo; características que favorecen la legibilidad del texto. En consonancia con estas conclusiones, en el presente trabajo la puntuación de legibilidad de algunos documentos concretos, que presentaban formato tríptico, resultó tener una puntuación más alta en legibilidad y, por tanto, un mejor nivel de lectura. Así, el documento en castellano "Deshabitación Tabáquica", presentado en formato díptico, alcanzó una puntuación adecuada (67,90).

Con relación a la comprensión de la información, la legibilidad puede arrojar resultados sobre la complejidad de la construcción gramatical o del vocabulario de un texto, pero no son suficientes para determinar su verdadero nivel de comprensibilidad (Basagoiti et al., 2012). Es por ello que la descodificación del texto, escrito en su vertiente más pragmática, exige miradas mucho más amplias. Así, la evaluación a través de fórmulas se ha complementado con otros procesos de evaluación (Casajus-Perez et al., 2005; Fahy et al., 2014; Herrera-Diezma, 2006;

Martínez de Sousa, 2005; Moreno et al., 2010). Las fórmulas sólo evalúan las características lingüísticas y no permiten valorar recursos y elementos lingüísticos no verbales como: imágenes, tablas, gráficos, diseño, diagramas o esquemas que facilitan la comprensibilidad; ni evaluar la corrección y adecuación de los términos empleados (Chen y Dunn, 2015). Igualmente, centrarse exclusivamente en el "nivel de lectura", para evaluar la información, conlleva no atender a factores sustanciales que influyen en la comprensión lectora como el contenido, la motivación, la adecuación cultural y los antecedentes personales (Buccini et al., 2010). Es necesario complementar el análisis con datos acerca de estas variables y la información recabada tras el contacto directo con el usuario (Davis et al, 2002; Doak et al., 1996; Finnie et al., 2010; Friedman y Hoffman-Goetz, 2006).

El grado de comprensión se valoró por observadores independientes y desde la perspectiva de los usuarios potenciales. En el primer caso, la media de las puntuaciones promedio obtenidas en la categoría comprensión del cuestionario PEMAT, indica que el material sanitario analizado no alcanza el 70%. Recordemos que una puntuación PEMAT de 70 o inferior se considera poco comprensible (Shoemaker, Wolf y Brach, 2014). Estudios previos reflejan que los recursos disponibles sobrepasan las expectativas de comprensión de la mayoría de la población y puntúan por debajo del umbral de 70% en comprensibilidad (Balakrishnan et al., 2015,2016; Guitton et al., 2015a; Patel et al., 2015). Ahora bien, si atendemos a la puntuación de los documentos, los resultados muestran cómo hay, aproximadamente, la misma cantidad de documentos comprensibles que incomprensibles y los resultados de la desviación típica y varianza reflejan que existe una gran dispersión en los datos. Hay autores que encuentran resultados promedios de PEMAT superiores al 70% (Lambert et al., 2015; Unaka et al., 2015; Zelmer et al., 2015). Curiosamente, los estudios de Patel et al. (2015) y Salmon et al. (2016) que, al igual que en el presente trabajo, evalúan páginas web de organismos oficiales, obtienen resultados similares con puntuaciones que no alcanzan el 70%.

¿Son los documentos legibles los más comprensibles?

No se evidenció relación lineal significativa entre las variables "puntuación de legibilidad μ " y "puntuaciones de comprensión del cuestionario PEMAT". Estos datos se muestran coincidentes con otros estudios donde, inclusive, se obtuvo una fuerte correlación negativa entre la legibilidad de los materiales y la comprensibilidad (Balakrishnan et al., 2015, 2016; Shoemaker, Wolf y Brach, 2014). Así observamos, a modo de ejemplo, como el documento "Anticoncepción de Urgencia" presenta un nivel de legibilidad catalogado como difícil y, en cambio, es uno de los mejor puntuados en PEMAT por los tres observadores, y valorado por los usuarios con una media razonable de comprensión, respecto a los otros documentos, pero no considerado como el más comprensible. Como diversos autores afirman (Alliende, 2002; Moreno et al., 2010; Fahy et al., 2014) que exista comprensión, no implica que el documento sea legible. Desde la perspectiva de Alliende (2002) y otros autores de la comunicación en salud (Moreno et al., 2010; Fahy et al., 2014), el concepto de legibilidad está fundamentalmente ligado a la comprensión, ya que es su aspecto más importante, pero no debe confundirse con ella. No todo texto comprensible es de por sí, legible.

La legibilidad es «la cualidad de un texto de ser, fácilmente leído desde un punto de vista mecánico o tipográfico cuando está escrito con claridad» (...) «se juzga por las características externas de la publicación: clase de papel, tinta de impresión, tamaño, tipo y cuerpo de letra, longitud de la línea, espaciado entre líneas (interlineado), número de palabras y frases,

tamaño de las ilustraciones; es decir, la forma, no el fondo» (Martínez-Sousa, 2005, p. 2), por lo que una persona puede no conseguir una lectura sencilla por la no uniformidad de los caracteres, pero a la vez si entender el texto, o parte del texto. Indudablemente si un texto es legible será más probable que sea comprensible, aunque también dependerá del perfil del usuario (nivel de estudios, nivel de alfabetización en salud, interés/motivación/necesidad de información, etc).

Acordes con el último nivel del modelo teórico de esta investigación, la calidad del resultado, se analizan las puntuaciones obtenidas con la herramienta PEMAT. El Coeficiente de Correlación Intraclase obtenido, indica una concordancia excelente entre los valores interjueces para dicha categoría. Dicha concordancia entre evaluadores se ha observado en otros estudios (Arsenault et al., 2016; Avis, 2016; Balakrishnan et al., 2016; Zelmer et al., 2015). La media de las puntuaciones promedio obtenidas en la categoría acción del cuestionario PEMAT, indica que el material sanitario analizado no alcanza el 70%, lo que refleja una baja intencionalidad de conducta. Recordemos que una puntuación PEMAT de 70 o inferior se considera con poca capacidad para la acción (Shoemaker, Wolf y Brach, 2014). Este dato está en consonancia con estudios previos, donde los recursos disponibles sobrepasan las expectativas de acción de la mayoría de la población y puntúan por debajo del umbral de 70%, (Balakrisnam et al., 2015,2016; Guitton et al., 2015; Lambert et al., 2015; Patel et al., 2015; Unaka et al., 2015; Zellmer et al., 2015). En cambio, otros estudios, con material de instituciones académicas u organismos gubernamentales, obtuvieron buenos resultados para la categoría acción de PEMAT (Lambert et al., 2017; Salmon et al., 2016).

5.CONCLUSIONES

Las páginas web han mostrado una adecuada calidad estructural, aunque no cumplieron el criterio de actualización.

- Los materiales educativos en salud dirigidos a los usuarios inmigrantes, facilitados por organismos públicos y disponibles en internet, no alcanzan una calidad óptima. Los resultados muestran bajos niveles de legibilidad; la información sanitaria en Internet está por encima del nivel promedio de lectura de un adulto y es demasiado compleja para poblaciones con bajo nivel de alfabetización en salud.
- Se deben dirigir los esfuerzos en añadir un mayor número de materiales de salud actualizados y mejorar el índice de posicionamiento en los motores de búsqueda de las webs de organismos oficiales, dirigidos a población inmigrante. Hacer partícipe a la población diana en el proceso de creación de materiales, garantizándose así, el desarrollo de materiales inteligibles y útiles, que cumplan con las expectativas y necesidades de sus destinatarios, donde las características étnicas y culturales, las experiencias, las normas, los valores, los patrones de conducta y las creencias de una población objetivo, se incorporen en el diseño y evaluación de los materiales de salud.
- Para mejorar la legibilidad y comprensión de un material sanitario, es conveniente la limitación del tamaño de la frase, de 8 a 10 palabras; la sustitución de palabras largas con polisilábicos o sinónimos más comúnmente utilizados y más cortos; la sustitución

de la terminología médica con términos más simples o explicación de éstos cuando sea necesario; el uso de la voz activa en lugar de pasiva; la ruptura de texto con títulos y subtítulos estructurando el material, para evitar un formato narrativo con frases y párrafos largos; acabar con un resumen de las recomendaciones claves a seguir y aportar elementos tangibles, ayudas visuales en combinación con el texto y videos, para ayudar a la asimilación de la información.

REFERENCIAS

- Abdi, I., Bernice, M., Sealea, H. (2020). Evaluating the health literacy demand and cultural appropriateness of online immunization information available to refugee and migrant communities in Australia. *Vaccine*, 38 (41), pp. 6410-6417. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.071>
- Alliende, F. (2002). La legibilidad de los textos. Manual para la evaluación, selección y elaboración de textos. Andrés Bello
- Alsaiani, A., Joury, A., Aljuaid, M., Wazzan, M., y Pines, J. M. (2016). The Content and Quality of Health Information on the Internet for Patients and Families on Adult Kidney Cancer. *Journal of Cancer Education*, 4-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-016-1039-9>
- Arsenault, M., Blouin M.J., Guitton, M.J. (2016) Information quality and dynamics of patients' interactions on tonsillectomy web resources. *Internet Interventions*, 4, pp. 99-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2016.05.002>
- Avis, L.S. Komarnicki, A., Farmer, A.P., Holt, N.L., Perez, A., Spence, N., Ball, G. (2015). Tools and resources for preventing childhood obesity in primary care: a method of evaluation and preliminary assessment. *Patient Education Counseling*, 99(5), pp. 769 – 7. 10.1016 / j.pec.2015.12.006
- Balakrishnan, V., Zachariah Chandy, M.S, Sunil, P., Berma, M.D. (2015). Are Online Zenker's Diverticulum Materials Readable and Understandable? *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 155 (5), pp.758 – 763. 10.1177/0194599816655302
- Balakrishnan, V., Zachariah, M.S., Hseih, A., Bui, T.L. (2016). Readability and Understandability of Online Vocal Cord Paralysis Materials. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 154, (3), pp. 460 – 464 doi:10.1177/0194599815626146
- Barrio, I. (2007). Legibilidad y Salud: Los Métodos de Medición de la Legibilidad y su Aplicación al Diseño de Folletos Educativos sobre Salud. (Tesis Doctoral). Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Granada.
- Basagoiti, I. (2012.). Alfabetización en salud. De la información a la acción. Valencia. ITACA/TSB. Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion>
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M. J. y García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 29 (4), pp. 244-251. 10.1016/j.gaceta.2015.03.008
- Behmer, R., Gold, J., Lad, M., Gupta, R., Ganapa, S., Mammis, A. (2020). Health literacy among neurosurgery and other surgical subspecialties: Readability of online patient materials found with Google. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 197, 106141. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.106141>

- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. Free Press.
- Berland, G.K., Elliott, M.N., Morales, L.S., Algazy, J.I., Kravitz, R.L., Broder MS. (2001). Health Information on the Internet. Accessibility, Quality, and Readability in English and Spanish. *Journal of the American Medical Association*, 285(20), pp. 2612-2621. doi:10.1001/jama.285.20.2612
- Blanco Pérez, A., Gutiérrez, Couto, U. (2002). Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. *Revista Española Salud Publica*, 76(4), pp. 321-31.
- Bompastore, N., Cisu, T., Holoch, P. (2018). Separating the Wheat from the Chaff: An Evaluation of Readability, Quality, and Accuracy of Online Health Information for Treatment of Peyronie Disease. *Urology*, 118, pp. 59-64 <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.02.054>
- Boyer, C., Selby, M., Scherrer, J.R., Appel, R.D. (1998). The Health on the Net Code of Conduct for medical and health Websites. *Computers in Biology and Medicine*, 28, pp. 603-10. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-4825\(98\)00037-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-4825(98)00037-7)
- Breakey, V. R., Harris, L., Davis, O., Agarwal, A., Ouellette, C., Akinawo, E. y Stinson, J. (2017). The quality of information about sickle cell disease on the Internet for youth. *Pediatric Blood Cancer*, 64. e26309. 10.1002 / pbc.26309
- Buccini, L., Iverson, D., Caputi, P., Jones, C. (2010). An Australian based study on the readability of HIV/AIDS and type 2 diabetes clinical trial informed consent documents. *Journal Bioethical Inquiry*, 7 (3), pp. 313-319.
- Burkell, J.A. (2004). Health information seals of approval: What do they signify? *Information Communication and Society*, 7(4), pp. 491-509. 10.1080/1369118042000305610
- Castillo-Ortiza, J.D., Valdivia-Nunoa, J.J., Ramirez-Gomez, A., Garagarza-Mariscal, H., Gallegos-Riosa, C., Flores-Hernandez G. (2017). Readability, relevance and quality of the information in Spanish on the Web for patients with rheumatoid arthritis. *Reumatología Clínica*, 13, pp. 139-144. doi: 10.1016/j.reuma.2016.04.009
- Charbonneau D.H. (2012). Readability of Menopause Web Sites: A Cross Sectional Study. *Journal of Women & Aging*, 24 (4), pp. 280-291. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08952841.2012.708574>
- Cheng, C. y Dunn, M. (2015). Health literacy and the Internet: a study on the readability of Australian online health information. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39, pp. 309-314. 10.1111/1753-6405.12341
- Cherla, D.V., Sanghvi, S., Choudhry, O.J., Liu, J.K., Eloy, J.A. (2012). Readability Assessment of Internet-based patient education materials related to endoscopic sinus surgery. *Laryngoscope* 122, pp. 1649-1654. doi: 10.1002 / lary.23309
- Chesser, A., Burke, A., Reyes, J., Rohrberg, T. (2016). Navigating the digital divide: A systematic review of eHealth literacy in underserved populations in the United States. *Informatics for Health and Social Care*, 41(1), pp. 1-19. 10.3109/17538157.2014.948171
- Chumber, S., Huber, J., Ghezzi, P. (2014). A Methodology to Analyze the Quality of Health Information on the Internet. *The Diabetes Educator*, 41 (1), pp. 95-105. 10.1177/0145721714560772
- Cisua, T.I., Mingina, G.C., Baskinb, L.S. (2019). An evaluation of the readability, quality, and accuracy of online health information regarding the treatment of hypospadias. *Journal of Pediatric Urology*, 15(1) 40.e1-40. e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.020>
- Cochrane, Z., Gregory, P., Wilson, A. (2012). Readability of consumer health information on the internet: A comparison of U.S. government-funded and commercially funded websites.

- Journal of Health Community, 17 (9), pp. 1003–1010.:10.1080 / 10810730.2011.650823
- Colaco, M., Svider, P., Agarwal, N., Eloy, J.A., Jackson, I.M. (2013). Readability assessment of online urology patient education materials. *The Journal of Urology*, 189, pp. 1048–1052. doi.org/10.1016/j.juro.2012.08.255
- Cooke, A., Gray, L. (2002). Evaluating the quality of internet-based information about alternative therapies: development of the biome guidelines. *Journal of Public Health Medicine*, 24, pp. 261–267.
- Corcoran, N., Ahmad, F. (2016). The readability and suitability of sexual health promotion leaflets. *Patient Educations Counseling*, 99, pp. 284–286. 10.1016 / j.pec.2015.09.003
- Craigie, M., Loader, B., Burrows, R., Muncer, S. (2002). Reliability of Health Information on the Internet: An Examination of Experts' Ratings. *Journal of Medical Internet Research*, 4(1), 2. doi: 10.2196/jmir.4.1.e2
- Dale, E. y Chall, J.S. (1948a). A Formula for Predicting Readability. *Educational Research Bulletin*, 17(1), pp. 11-20-28. DuBay WH. *The Classic Readability Studies*. <http://www.ecy.wa.gov/quality/plaintalk/resources/classics.pdf>
- Dale, E. y Chall, J.S. (1948b). A Formula for Predicting Readability: Instructions. *Educational Research Bulletin*, 17, pp. 37-54. DuBay WH. *The Classic Readability Studies*. <http://www.ecy.wa.gov/quality/plaintalk/resources/classics.pdf>
- Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). Health literacy online: A guide to writing and designing easy-to-use health Web sites. Washington, DC. https://health.gov/healthliteracyonline/2010/Web_Guide_Health_Lit_Online.pdf
- Devea R., De, B.S., Justine Seivright, B.S., Danielle Yee, MD., Hsiao, M.D., Shi, V. (2022). Readability, quality, and timeliness of patient online health resources for urticaria. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 86 (5), pp. 1182-1185, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.04.089>
- Diviani, N., Van den Putte, B., Giani, S, Van Weert, J.C. (2015). Low Health Literacy and Evaluation of Online Health Information: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), 112. 10.2196/jmir.4018
- Do, B.N., Nguyen, P.A., Pham, K.M., Nguyen, H.C., Nguyen, M.H., Tran, C.Q...Van Duong T. (2020). Determinants of health literacy and its associations with health-related behaviors, depression among the older people with and without suspected COVID-19 symptoms: a multi-institutional study. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.581746>
- Doak, C.C., Doak, L.G., Root, JH. (1996). Teaching patients with low literacy skills. 2. Philadelphia: Lippincott-Raven Company, 212 <https://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/teaching-patients-with-low-literacy-skills/>
- Edmunds, M. R., Denniston, A. K., Boelaert, K., Franklyn, J. A., y Durrani, O. M. (2014). Patient Information in Graves' disease and Thyroid-Associated Ophthalmopathy: Readability Assessment of Online Resources. *Thyroid*, 24(1), pp. 67–72. 10.1089/thy.2013.0252.
- Ellimoottil, C., Polcari, A, Kadlec, A, Gupta, G. (2012). Readability of websites containing information about prostate cancer treatment options. *The Journal of Urology*, 188 (6), pp. 2171–2175. 10.1016 / j.juro.2012.07.105
- Eloy, J.A., Li, S., Kasabwala K, Agarwal N., Hansberry, D.R., Baredes, S., Setzen, M. (2012). Readability assessment of patient education materials on major otolaryngology association websites. *Otolaryngology Head Neck Surgery*, 47, pp. 848–854. 10.1177 /

0194599812456152

- Eysenbach, G. y Köhler, C. (2002a). How do consumers search for and appraise health information on the World Wide Web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324, pp. 573-577. doi.org/10.1136/bmj.324.7337.573
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., Sa, E.R. (2002b). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: A Systematic Review. *The Journal of the American Medical Association*, 287(20), pp. 2691-2700. doi:10.1001/jama.287.20.2691
- Fahy, E., Hardikar, R., Fox, A., Mackay, S. (2014). Quality of patient health information on the internet: Reviewing a complete and evolving landscape. *Australasian Medical Journal*, 7 (1), pp. 24-28. <http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2014.1900>.
- Fernández A., Insfrana, E., Abrahão, S. (2011). Usability evaluation methods for the web: A systematic mapping study. *Information and Software Technology*, 53, pp. 789-817
- Ferrando Belart, V. (2004). La legibilidad: un factor fundamental para comprender un texto. *Atención Primaria*, 34, pp. 143-146.
- Ferrán-Ferrer, N., Pérez Montoro, M. (2012) *Búsqueda y recuperación de la información*. Barcelona: Editorial UOC.
- Feufel, M.A., y Stahl, S.F. (2012). What do Web-use skill differences imply for online health information searches? *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), 87. <http://www.jmir.org/2012/3/e87/>
- Finnie, R. K. C., Felder, T. M., Linder, S. K., y Mullen, P. D. (2010). Beyond Reading Level: A Systematic Review of the Suitability of Cancer Education Print and Web-based Materials. *Journal of Cancer Education*, 25(4), pp. 497-505. <http://doi.org/10.1007/s13187-010-0075-0>
- Fitzsimmons, P., Michael, B., Hulley, J., Scott, G. (2010). A readability assessment of online Parkinson's disease information. *Journal of the Royal College Physicians Edinburgh*, 40(4), pp. 292-296. doi: 10.4997/JRCPE.2010.401
- Flesch R. (1958). *How to Write, Speak and Think More Effectively*. Harper.
- Flesch, R. (1943). Estimating the Comprehension Difficulty of Magazines Articles. *Journal of General Psychology*, 28, pp. 63-80. <http://dx.doi.org/10.1080/00221309.1943.10545195>
- Flesch, R.F. (1948). A new readability yardstick. *Journal of Applied Psychology*, 32, pp. 221-233 10.1037 / h0057532.
- Friedman, D.B., Hoffman-Goetz, L. (2006). A systematic review of readability and comprehension instruments used for print and web-based cancer information. *Health Education Behavior*, 33, pp. 352-373. 10.1177 / 1090198105277329
- Friis, K., Aaby, A., Lasgaard, M., Pedersen, M.H., Osborne, R.H., Maindal, H.T. (2020). Low health literacy and mortality in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, and mental illness: a 6-year population-based follow-up study. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 17 (24). 10.3390/ijerph17249399
- García-Rivera, E., San Norberto, M., Fidalgo, L., Domingos, N., Cenizo, I., Estévez Fernández, C., Vaquero, P. (2020). Legibilidad de los consentimientos informados en cirugía vascular y análisis de su evolución en el tiempo. *Journal of Healthcare Quality Research*, 35 (6), pp. 355-363
- Ghasemaghaei, M., Hassanein, K. (2016). A macro model of online information quality

- perceptions: A review and synthesis of the literature. *Computers in Human Behavior*, 55, pp. 972–991. doi.org/10.1016/j.chb.2015.09.027
- González-Alliende, F. (1994). *La Legibilidad de los Textos*. Ed. Andrés Bello.
- González-Soltero, R., Blanco, M.J. Biscaia, J. M. Mohedano, R.B. Grille-Mariscal, M. Blanco, M.A. (2015). Análisis del contenido, posicionamiento y calidad de páginas web en español relacionadas con la nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), pp. 1394-1402. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309235369054>
- Google PageRank (PR). (2016) Recuperado de: <http://ninjaseo.es/google-pagerank-pr-ques-como-calcularlo-y-mejorarlo/>
- Gorczynski, P., Patel, H, y Ganguli, R. (2013) Evaluating the accuracy, quality, and readability of online physical activity, exercise, and sport information for people with schizophrenia. *Mental Health and Physical Activity* 6, (2) pp. 95–99. doi: 10.1016/j.mhpa.2013.06.001
- Gordon EJ, Rodde J, Gil S, Caicedo JC. (2012). Quality of Internet education about living kidney donation for Hispanics. *Progress in Transplantation*, 22, pp. 294–303. 10.7182/pit2012802
- Guitton, M.J. (2015a). Online maritime health information: an overview of the situation. *International Maritime Health*, 6, pp. 139–144. 10.5603 / IMH.2015.0028
- Guitton, M.J. (2015b). Swimming with mermaids: communication and social density in the second life merfolk community. *Computers Human Behavior*, 48, pp. 226–235. <http://dx.doi.org/bibezproxy.uca.es:2048/10.1016/j.chb.2015.02.004>
- Gunning Fog Index (acceso libre). <http://gunning-fog-index.com/>
- Gunning, R. (1968). *The Technique of Clear Writing* (Revised ed.) McGraw-Hill Book Company.
- Hamnes, B., Van Eijk-Hustings and Primdahl, J. (2016). Readability of patient information and consent documents in rheumatologically studies. *British Medical Ethics*, 17, 42.10.1186/s12910-016-0126-0
- Hansberry, D.R., Agarwal, N., Gonzalez, S.F., Baker, S.R. (2014). Are we effectively informing patients? A quantitative analysis of on-line patient education resources from the American Society of Neuroradiology. *American Journal Neuroradiology*, 35, pp. 1270–1275. 10.3174/ajnr.A3854
- Helitzer, D., Hollis, C., Cotner, J., Oestreicher, N. (2009). Health literacy demands of written health information materials: an assessment of cervical cancer prevention materials. *Cancer Control*, 16, pp. 70–78.
- Herrera-Viedma, E., Pasi, G., Lopez-Herrera, A.G., Porcel, C. (2006). Evaluating The Information Quality of websites: a methodology based on fuzzy computing with words. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57(4), pp. 538–549. doi: 10.1002/asi.20308
- Impicciatore, P., Pandolfini, C., Casella, N., Bonati, M. (1997). Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. *British Medical Journal*, 28, 314, pp. 1875–1879. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.314.7098.1875>
- INE (2021). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. https://www.ine.es/prensa/tich_2021.pdf
- Irwin, S.C., Lennon, D.T., Stanley, C.P., Sheridan, G.A., Walsh, J.C., (2021). Ankle conFUSION: the quality and readability of information on the internet relating to ankle arthrodesis. *Surgeon*, 19 (6), pp. 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.12.001>
- Jahan, S., Al-Saigul A.M., Alharbi, Ali M., Abdelgadir M.H. (2014). Suitability assessment of health education brochures in Qassim province, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of*

- Family and Community Medicine, 21(3), pp. 186–192. 10.4103/2230-8229.142974
- Jiménez Pernet J., García Gutiérrez, J.F., Bermúdez Tamayo, C. (2009). Accesibilidad de sitios web sobre salud para mayores. *Revista Española Geriátrica Gerontología*, 44(6), pp. 342–348. 10.1016/j.regg.2009.07.001
- Kecojevic, A., Basch C.H., Garcia P. (2020). Readability analysis of online health information on preexposure prophylaxis (PrEP) *Public Health*, 182, pp. 53-55 <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.02.002>
- Kind, T., Huang, Z., Farr, D., Pomerantz, KL. (2015). Internet and computer access and use for health information in an underserved community. *Ambulatory Pediatrics*, 5, pp. 117–21. 10.1367 / A04-107R.1
- Kreuter M., Green M., Cappella J., Slater M., Wise M., Storey, D...Woolley S. (2007) Narrative communication in cancer prevention and control: a framework to guide research and application. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, pp. 221–235.
- Kružliaková, N., Porter, K., Ray, P.A., Hedrick, V., Brock, D.J., Zoellner, J. (2021). Understanding and advancing organizational health literacy within a public health setting. *Health Literacy Research and Practice*, 5 (1), pp. 35-48. 10.3928/24748307-20210114-01
- Lambert K., Mullan J., Mansfield K., Koukomous A. & Mesiti L. (2017) Evaluation of the quality and health literacy demand of online renal diet information. *Journal of Human Nutrition Dietetics*. doi: 10.1111/jhn.12466
- Lim, S.T., Kelly, M., Johnston, S. (2021). Re: 'Readability of online patient education material for the novel coronavirus disease (COVID-19): a cross-sectional health literacy study'. *Public Health*, 190, pp.145-146 <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.09.001>
- Lupón, M., Genis, M. (2021). Public knowledge of low vision and blindness, and readability of on-topic online information. *Journal of Optometry*, 14 (3), pp. 240-246. <https://doi.org/10.1016/j.optom.2020.06.005>
- Mackert, M., Kahlor, L., Tyler, D., Gustafson, J. (2009). Designing e-health interventions for low-health-literate culturally diverse parents: addressing the obesity epidemic. *Telemedicine and e-health*, 15, pp. 672–677. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2009.0012>
- Mariscal-Crespo, M.I., Coronado-Vázquez, M.V., Ramírez-Durá, M.V. (2017). Análisis global de la legibilidad de los documentos de consentimiento informado utilizados en los hospitales públicos de España. *Revista de calidad asistencial*, 32 (4), pp. 200-208 10.1016/j.cali.2017.01.003
- Martínez de Sousa J. (2005). Manual de edición y autoedición, Pirámide.
- McCall, W.A., Schroeder, L.C. (1979). *McCall-Crabbs Standard Test Lessons in Reading*. Teachers College Press.
- McInnes, N., Haglund, B.J. (2011). Readability of online health information: implications for health literacy. *Informatics Health Social Care*, 36(4), pp. 173-89. doi: 10.3109/17538157.2010.542529.
- McLaughlin, G.H. (1969). SMOG grading: A new readability formula. *Journal of Reading*, 12, pp. 639–646 file:///C:/Users/Noelia/Downloads/WRRSMOG_Readability_Formula_G._Harry_McLaughlin_1969_%20(2).pdf
- Minayo, M.C. (2002). La Etapa de Análisis en los Estudios Cualitativos. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. *Paradigmas y Diseños de la Investigación Cualitativa en Salud. Métodos, Análisis y Ética*. Guadalajara, Jalisco (México): Universidad de Guadalajara, pp. 239-69.
- Moore, J.E., Millar, B.C. (2021). Improving IPC health literacy through better communication: investigation of the readability of IPC patient information leaflets from several sources.

- Journal of Hospital Infection, 118, pp. 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.09.007>
- Moreno, J.M., Morales del Castillo, J.M., Porcel, C., Herrera-Viedma, E. (2010). A quality evaluation methodology for health-related websites based on a 2-tuple fuzzy linguistic approach. *Soft Computing*, 14, 887. 10.1007/s00500-009-0472-7
- Mousiolis, A., Michala, L., Antsaklis, A. (2012). A Polycystic ovary syndrome: double click and right check. What do patients learn from the Internet about PCOS? *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 163(1), pp. 43-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.03.028
- Muñoz-Baquedano, M. (2006). *Legibilidad y variabilidad de los textos*. Viña del Mar: Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación. Recuperado de: <http://legibilidadmu.cl/1.pdf>
- Murphy, B., Irwin, S., Condon, F., Kennedy, C. (2022). Readability and quality of online information for patients pertaining to revision knee arthroplasty: An objective analysis. *Surgeon*, (Article in press) <https://doi.org/10.1016/j.surge.2021.12.009>
- Murphy, S.T., Frank, L.B. y Baezconde-Garbanati, L. (2013). Narrative versus non-narrative: the role of identification, transportation and emotion in reducing health disparities. *Journal of Communications*, 63, pp. 1-26. 10.1111/jcom.12007
- Nason, G.J., Baker, M.M., Damien, P. Noel, J., Moore, D., Kiely, P.J. (2012). Scoliosis-specific information on the internet: has the "information highway" led to better information provision? *Spine Update*, 1, 37(21), pp. 1364-1369. doi: 10.1097/BRS.0b013e31826619b5
- National Institutes of Health. (2017). How to Write Easy to Read Health Materials. Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/etr.html>
- Navas Martín, M.A., Albornos-Muñoz, L., Escandell-García, C. (2012). Acceso a Fuentes de información sobre salud en España: Como combatir la Infoxicación. *Revista Enfermería Clínica*, 22(3), pp. 154-155.
- Nölke, L., Mensing, M., Krämer, A., Hornberg, C. (2015). Sociodemographic and health-(care)-related characteristics of online health information seekers: a cross-sectional German study. *British Public Health*, 15, 31. 10.1186/s12889-015-1423-0
- O Doinn, T., Broderick, J.M., Abdelhalim, M.M., Quinlan, J.F. (2020). Readability of patient educational materials in hip and knee arthroplasty: has a decade made a difference? *Journal Arthroplasty*, 35 (11), pp. 3076-3083. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2020.05.076>
- Oliffe, M., Thompson, E., Johnston, J., Freeman, D., Bagga, H., Wong, P.K. (2019). Assessing the readability and patient comprehension of rheumatology medicine information sheets: a cross-sectional Health Literacy Study. *British Medical Journal Open*, 9 (2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024582>
- Ostrovsky, A.M. (2022). Readability of online health information associated with the most common emergency department diagnoses. *The American Journal of Emergency Medicine*, 53, pp. 266-268. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.04.071>
- Paasche-Orlow, M.K., Brancati, F.L., Taylor, H.A., Jain, S., Pandit, A., Wolf, M.S. (2013). Readability of consent form templates: a second look. *IRB: Ethics & Human Research*, 35(4), pp. 12-19.
- Pace, C., Atcherson S.R., Zraick, R. (2012). A computer-based readability analysis of patient-reported outcome questionnaires related to oral health quality of life. *Patient Education Counseling*, 89, pp. 76-81 <http://dx.doi.org.bibezproxy.uca.es:2048/10.1016/j.pec.2012.05.010>
- Pandolfini, C., Impicciatore, P., Bonati, M. (2000). Parents on the web: risks for quality management of cough in children. *Pediatrics*, 105 (1). doi: <http://www.pediatrics.org/cgi/>

- content/full/105/1/e1
- Patel, S.K., Gordon, E., Wong; C.A., Grobman, W.A., Goucher., H., Toledo, P. (2015). Readability, Content, and Quality Assessment of Web-Based Patient Education Materials Addressing Neuraxial Labor Analgesia. *Anesthesia & Analgesia*. 121(5), pp. 1295–1300. 10.1213/ANE.0000000000000888
- Peiris, R., Cornella, S., Greaves, K., Bonnera, C. (2021). Do hospital consent forms for cardiology procedures meet health literacy standards? Evaluation of understandability and readability. *Patient Education and Counseling* (in press). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.027>
- Piñero López, M. A. (2014). Evaluación de la comprensibilidad y legibilidad de prospectos de medicamentos biotecnológicos. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Universidad de Barcelona.
- Polishchuk, D., Hashem, J. y Sabharwal, S. (2012). Readability of online patient education materials on adult reconstruction web sites. *The Journal of Arthroplasty*, 27, pp. 716–719. doi: 10.1016 / j.arth.2011.08.020
- Porrás-Garzón., J.M., Estopà, R. (2020). Escalas de legibilidad aplicadas a informes médicos: límites de un análisis cuantitativo formal. *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación*, 83, pp. 205-216. <http://dx.doi.org/10.5209/clac.70574>
- Powers, R. D., Sumners, W.A, Kearl, B.E. (1958). A recalculation of four adult readability formulas. *Journal Education Psychology*, 49, pp. 99–105. 10.1037 / h0043254
- Reichow, B., Shefcyk, A., Bruder, M.B. (2013). Quality comparison of websites related to developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 34, pp. 3077–3083. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.013>
- Reynolds, R., Scannell, M., Collins, S., Colavita, J. (2022). Readability and health literacy level of post-exposure prophylaxis patient education materials offered after sexual assault. *International Emergency Nursing*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101104>
- Richaudeau, F. (1984). La Legibilidad. *Investigaciones Actuales*. Fundación Sánchez Ruipérez. Ed. Pirámide.
- Rishabh, B.S., Anjani, B.A., Raghav, M.P.H., Scott, J.F. (2020). 14042 Readability of online Spanish-language patient education materials in dermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83, 6. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.06.603>
- Risoldi, Z., Gregory, P., Wilson, A. (2012). Readability of consumer health information on the internet: a comparison of U.S. government-funded and commercially funded websites. *Journal of Health Communication*, 17, pp. 1003-1010. doi:10.1080/10810730.2011.650823
- Rose, D.E. y Levinson, D. (2004). Understanding user Goals in Web Search. Proc. Of Satisficing information needs. *Journal of Documentation*, 63(1), pp. 74-89. <http://www.ambuehler.ethz.ch/CDstore/www2004/docs/1p13.pdf>
- Rubiera, G., Arbizub, R., Alzuetac, A., Agúndez, J.J., Rierab, J.R. (2004). La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), pp. 153-158.
- Salmon, C., O'Conor, R., Singh, S., Ramaswamy, R., Kannry, J... Wolf, M. (2016). Characteristics of outpatient clinical summaries in the United States. *International Journal of Medical Informatics*, 94, pp. 75-80. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.06.005>
- San Norberto, E., Taylor, J., Salvador, R., Revilla, A., Merino, B., Vaquero, C. (2011). Calidad de la información disponible en internet sobre el aneurisma de aorta y su tratamiento

- endovascular. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), pp. 869-875
- Sanghvi, S., Cherla, D. V., Shukla, P. A., Eloy, J. A. (2012), Readability assessment of internet-based patient education materials related to facial fractures. *The Laryngoscope*, 122, pp. 1943-1948. doi:10.1002/lary.23424
- Scullard, P., Peacock, C; Davies, P. (2010) Googling children's health: reliability of medical advice on the internet. *Archives of Disease in Childhood*, 95, pp. 580-582. doi: 10.1136 / adc.2009.168856
- Shambavi, J., Rao., J.C., Nickel, NI., Navarro, L., Madden, L. (2021). Readability Analysis of Spanish Language Patient-Reported Outcome Measures in Laryngology. *Journal and Voice*, (Artículo in press) <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.09.025>
- Sheridan, G.A., O'Brien, C., Masri, B.A., Duncan, C.P., Garbuz, D.S. (2020). Revision total hip arthroplasty: an analysis of the quality and readability of information on the internet. *World Journal Orthoped*, 11 (2), pp. 82-89. <https://dx.doi.org/10.5312%2Fwjov.v11.i2.82>
- Shoemaker, S.J., Wolf, M.S., Brach C. (2014). Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): A new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient Educations Counseling*, 96, pp. 395-403. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.027>
- Simón-Lorda, P., Barrio Cantalejo, I.M., Concheiro Carro, L. (1996). Legibilidad de los Formularios Escritos de Consentimiento Informado. *Medicina Clínica*, 107, pp. 524-529.
- Sowter, J., Astin, F., Dye, L., Marshall, P., Knapp, P. (2016). Assessment of the quality and content of website health information about herbal remedies for menopausal symptoms. *Maturitas*, 88, pp. 16 - 22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.016>
- Statista: The Statistics Portal. Worldwide market share of leading search engines. Recuperado de: <https://www.statista.com/statistics/216573/worldwide-market-share-of-search-engines/>
- Stavropoulou-Tatla, S., Hazra, D., Awal., Fardanesh, F., McCaig., F., Hossain, M. (2022). Evaluating the Quality and Readability of Online Resources on Unspecified Kidney Donation. *Transplantation Proceedings*, (in press). <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2021.12.047><https://s100.copyright.com/tchServlet?publisherName=ELS&contentID=S0041134522001063&orderBeanReset=true>
- Stefu, J., B Slavych, B., Zraick, R.I. (2021). Patient-Reported Outcome Measures in Voice: An Updated Readability Analysis. *Journal of Voice*, (Article in press). <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.01.028>
- Storr, T., Maher, J, y Swanepoel, E. (2016) Online nutrition information for pregnant women: a content analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 13, e12315.: 10.1111/mcn.12315
- Stvilia, B., Mon, L., Yi, Y.J. (2009). A model for online consumer health information quality. *Journal of the Association Information Science and technology*, 60, pp. 1781-1791. 10.1002/asi.21115
- Su-I Hou (2012). Health Literacy Online. A Guide to Writing and Designing Easy-to-Use. *Health Promotion Practice*, 13 (5), pp. 577 - 580. 10.1177/1524839912446480
- Szmuda, T., Özdemir, C., Ali, S., Singh, A., Syed, M.T., Słoniewski, P. (2020). Readability of online patient education material for the novel coronavirus disease (COVID-19): a cross-sectional health literacy study. *Public Health*, 185, pp. 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.041>

Taki, S., Campbell, K.J., Russell, C.G., Elliott, R., Laws, R., Denney-Wilson, E. (2015) Infant Feeding Websites and Apps: A Systematic Assessment of Quality and Content Interact. Journal of Medical Research, 4(3), 18. 10.2196/ijmr.4323

Taylor, D.M., Fraser, S., Dudley, C., Oniscu, G.C., Tomson, C., Ravanan, R., Roderick, P. (2018). Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol, Dialysis, Transplant, 33 (9), pp. 1545-1558. 10.1093/ndt/gfx293

Taylor, H.E, Bramley, D.E. (2012). An analysis of the readability of patient information and consent forms used in research studies in anaesthesia in Australia and New Zealand. Anaesthesia Intensive Care, 40(6), pp. 995-998.

Thorndike, E. L y Lorge, I.A. (1932). The Teacher's Word Book of 20.000 Words Found Most Frequently and Widely in General Reading for Children and Young People. Teacher's College.

Thorndike, E.L y Lorge, I.A. (1944). The Teacher's Word Book of 30.000 Words. New York. New York Teacher's College. Colombia University: Bureau of Publications.

Thorndike, E.L. (1917a). The Psychology on Thinking in the Case on Reading Psychological. Review, 24, pp. 220-234. 10.1037 / h0071258

Thorndike, E.L. (1917b). Reading and Reasoning: A Study of Mistakes in Paragraph Reading. Journal Educational Psychology, 8, pp. 323-332.: 10.1037 / h0075325

Thorndike, E.L. (1917c). The Understanding of Sentences. Journal Educational Psychology, 18, pp. 98-114.: <http://www.jstor.org/stable/993655> [acceso marzo 2017]

Thorndike, E.L. (1921). A Teacher's Word Book. New York: Teachers College. Columbia University

UIT (2021). 2.900 millones de personas siguen careciendo de conexión. Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT). <https://www.itu.int/es/mediacentre/Pages/PR-2021-11-29-FactsFigures.aspx>

Unaka, N.I., Statile, A., Haney, J., Beck, A.F., Brady, PW... Karen, E. (2017). Assessment of readability, understandability, and completeness of pediatric hospital medicine discharge instructions. Journal of Hospital Medicine 2, pp. 98-101.10.12788/jhm.2688

Vargas C., Chuang D., Ganor O., Lee B. (2014). Readability of online patient resources for the operative treatment of breast cancer. Surgery, 156, pp. 311-318. 10.1016 / j.surg.2014.03.004

Villamañan, E, Ruano, M, Fernandez-Uzquiano, E, Lavilla, P, Gonzalez, D, Freire, M, Sobrino, C, Herrero, A. Informed consent in clinical research; Do patients understand what they have signed? Farmacia Hospitalaria, 40 (3), pp. 209-218. 10.7399/fh.2016.40.3.10411

Vogel, M, y Washburne, C. (1928). An Objective Method of Determining Grade Placement of Children's Reading Material. The Elementary School Journal, 28, 373-381. Original Disponible en: DuBay WH. The Classic Readability Studies. (Libro electrónico). <http://www.ecy.wa.gov/quality/plaintalk/resources/classics.pdf>

Walsh, T. y Volsko, T. (2008) Readability assessment of internet-based consumer health information. Respiratory Care, 53(10), pp. 1310-1315.

Wang, L.W., Miller, M.J., Schmitt, M.R., Wen, F.K. (2013). Assessing readability formula differences with written health information materials: application, results, and recommendations. *Research in Social Administrative Pharmacy*, 9, pp. 503-516. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.05.009>

Williams, A., Cunninghama, A., Hutchings, H., Harrisa, A., Evansa, D. (2022). Quality of internet information to aid patient decision making in locally advanced and recurrent rectal cancer. *The Surgeon*. (In press).<https://doi.org/10.1016/j.surge.2021.12.008>

Worrall, A., Connolly, M.J., O'Neill, A., O' Doherty, M., Thornton, K., McNally, C...De Barra, E. (2020). Readability of online COVID-19 health information: a comparison between four English speaking countries. *BMC Public Health*, 20, 1635. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09710-5>

Yaqub, M., Ghezzi, P. (2015). Adding dimensions to the analysis of the quality of health information of websites returned by Google: cluster analysis identifies patterns of websites according to their classification and the type of intervention described. *Frontiers in Public Health*, 3, 204. [10.3389/fpubh.2015.0020](https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.0020)

Zellmer, C., Zimdars, P., Parker, S., Safdar, N. (2015). Evaluating the usefulness of patient education materials on surgical site infection: a systematic assessment. *American Journal Infection Control*, 43, pp. 167-168. [10.1016/j.ajic.2014.10.020](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.10.020)

Zhang, Y. (2012). Consumer health information searching process in real life settings. *Proceeding of the Association for Information Science and Technology*, 49, pp. 1-10. [10.1002/meet.14504901046](https://doi.org/10.1002/meet.14504901046)

Zhang, Y., Sun, Y. y Xie, B. (2015), Quality of health information for consumers on the web: A systematic review of indicators, criteria, tools, and evaluation results. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 66, pp. 2071-2084. [10.1002/asi.23311](https://doi.org/10.1002/asi.23311)

Zowalla, R., Pobiruchin, M., Weisner, M. (2018). Analyzing the readability of health information booklets on cardiovascular diseases. *Stud Health Technol Inform*, 253, pp. 16-20.

LUCKS, Daniel S.

Reconsidering Reagan
Racism, Republicans and
the Road to Trump

**DR. JOSÉ ANTONIO ABREU
COLOMBRI**

Universidad de Alacala, abreucolombri@gmail.com



Artista Invitada

FIGRELLA PODESTA

Instagram: mitimae_art
terrano.arq
Correo electrónico: c.ribera@live.cl

Fiorella Podesta artista Chileno/Americana radicada en Florida, EE.UU. desde el año 2003. Comienza a pintar con óleo sobre tela a los 15 años de edad en Chile su país natal creando y exhibiendo sus obras por más de 20 años en su País hasta el año 2003 que decide viajar a Estados Unidos para radicarse en la ciudad de Miami. Aquí, continúa creciendo como artista, participando desde el comienzo en Art Basel en Wynwood, Miami exhibiendo en su trabajo en diferentes galerías de arte y eventualmente pintando sus obras a gran escala en reconocidos festivales internacionales de murales en Wynwood, Miami y otras ciudades de Estados Unidos, Canadá, Brasil, Chile y España.

Durante estos últimos años, Fiorella Podesta (Fio) incorpora en su trabajo un nuevo medio para crear y compartir sus obras en formato Digital o "NFTs" también y paralelamente se encuentra pintando una serie de obras en acrílicos sobre tela y creando murales en Miami y otras localidades, desde la ciudad de Palm Beach en Florida, USA, dónde actualmente se encuentra radicada.











