

Educación para la salud: una mirada desde la antropología

Health Education: A View from Anthropology

Educação em saúde: uma visão desde antropologia

Laura Elizabeth Castro Jiménez MSc.¹ Mauricio Rincón Moreno MSc.² Dustin Tahisin Gómez Rodríguez MSc.³

Recibido: 27 de agosto de 2015 • Aprobado: 11 de septiembre de 2016

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5387>

Para citar este artículo: Castro LE, Rincón M, Gómez DT. Educación para la salud: Una mirada desde la antropología. Rev Cienc Salud. 2017;15(1): 145-163.
Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5387>

Resumen

Objetivo: con base en la revisión sistemática de 577 artículos de revistas de alto impacto en el área de la salud, ubicados en bibliotecas virtuales de salud (LILACS, Scielo, entre otras) y la base de datos PubMed, se muestran diferentes énfasis y tendencias teóricas de la discusión sobre la relación salud-enfermedad-cultura. *Desarrollo:* estas tendencias surgen de la interacción de una serie de elementos complejos, mediados por los rasgos propios del individuo, entendido desde una perspectiva antropológica. A partir del trabajo desarrollado por Canguilhem para su interpretación, se describen los modelos ontológico, dinámico y social. Asimismo, se menciona la situación sociopolítica como condicionante de la enfermedad y la manera en que tomó auge la concepción sociológica. Posterior a esto, se describen algunas corrientes contemporáneas desde la perspectiva interpretativa de la antropología médica, enfatizando el desarrollo de los conceptos de salud, enfermedad y cultura. *Conclusión:* al final, se encontró como hecho determinante que una gran cantidad de las acciones en educación en salud, ponen de relieve la importancia de entender las creencias y prácticas culturales en relación con los cuidados en salud. Este artículo se convierte en un punto de partida para las investigaciones planteadas a través del eje salud-enfermedad-cultura.

Palabras claves: proceso salud-enfermedad, etnografía, antropología, educación en salud.

1 Grupo de investigación Cuerpo, Sujeto y Educación de la Universidad Santo Tomás. Correo electrónico: laura.castro@usantotomas.edu.co

2 Escuela de Cadetes de Policía General Santander, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

3 Facultad de Ciencias Jurídicas, Políticas y Económicas de la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia. Grupo de investigación GODH, Fundación Universitaria Empresarial de la Cámara de Comercio de Bogotá.

Abstract

Objective: Based on the review of 577 articles of the highest impact journals in the area of health, present in the Virtual Health Library (LILACS, Scielo, among other) and PubMed database, different emphasis and theoretical trends in health-disease-culture related discussion were presented. *Contents:* These trends arise from the interaction of a number of complex elements, mediated by the features of the individual, understanding it from an anthropological perspective. From the work developed by Canguilhem for its interpretation, the ontological and dynamic social models are described. In addition, the socio-political situation as a condition for disease to appear and the way the sociological concept rise are discussed. Following this, some contemporary trends are described based on the interpretative perspective of medical anthropology, emphasizing the development of the concepts of health, disease and culture. *Conclusion:* In the end, a determining fact was found: that several actions in health education emphasize the importance of exploring the cultural beliefs and practices regarding health care. This item becomes a starting point for investigations raised through the health-disease-culture axis.

Keys words: Health-disease process, ethnography, anthropology, health education.

Resumo

Objetivo: Com base na revisão da literatura de 577 artigos dos mais altos revistas de impacto na área da saúde, presentes no banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, Scielo, entre outros) y PubMed, diferentes ênfases e as tendências teóricas em mostras de discussão relacionados com a saúde doença-cultura. *Desenvolvimento:* Estas tendências surgem a partir da interação de um número de elementos complexos, mediada pelas características do indivíduo, compreendendo-a a partir de uma perspectiva antropológica. A partir do trabalho desenvolvido por Canguilhem para interpretação; os modelos sociais ontológicas e dinâmicas são descritos. Além disso, a situação sócio-política como condição da doença ea forma como eles levou o conceito sociológico mencionado. A seguir, algumas tendências contemporâneas são descritos com base na perspectiva interpretativa da antropologia médica, enfatizando o desenvolvimento dos conceitos de saúde, doença e cultura. *Conclusões:* No final, ele encontrou um fato determinante que um monte de ações de educação em saúde, enfatizar a importância de explorar as crenças e práticas culturais em relação à saúde. Este item torna-se um ponto de partida para investigações levantadas através do eixo-doença-cultura de saúde.

Palavras-chave: Processo saúde-doença, etnografia, antropologia, educação em saúde.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el preámbulo de su constitución en 1946, define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1, p.100). Aunque esta definición sigue vigente, se han reevaluado la salud y la enfermedad

como estados; se consideran, por el contrario, un proceso que depende de la interacción de múltiples factores: sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, como lo menciona la misma OMS, y se relaciona este proceso con los determinantes sociales de la salud que "son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido

el sistema de salud" (1, p.101). Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas por los diferentes sistemas de salud y las políticas que los diferentes países desarrollan en el campo de la salud pública (2).

En este sentido, Briceño-León, Minayo y Coimbra en su ponencia "Bienestar, salud pública y cambio social" en Rio de Janeiro, afirman que "la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional" (3, p.15). Siguiendo la misma línea, Scaramelli, Tarble, Zent, Stanford, Perrin et al. hablan sobre la salud como un entramado de factores externos que influyen sobre el individuo, y llegan incluso a hacer referencia a la cosmovisión (4). De esta manera, el proceso salud-enfermedad es un fenómeno social, que no se puede explicar de una manera lineal, sino desde la complejidad de las interacciones que se dan, y responde además a una condición histórica, pues en cada momento, cada grupo poblacional tiene una visión particular de entenderla y enfrentarla (1).

Reconociendo el carácter histórico del proceso salud-enfermedad, se comprenden los cambios que se han dado a través del tiempo en el perfil demográfico y epidemiológico, que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica. Lo anterior se ejemplifica al comparar perfiles epidemiológicos de países que tienen distintos niveles de desarrollo de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción, o en el hecho de que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto; es así como el proceso salud-enfermedad es una construcción social (5).

Lo anterior indica que cada época histórica corresponde a una estructura irreplicable

de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas, en la que la concepción de ser humano dentro de la integración compleja de estos factores señala el norte para generar las acciones orientadas a mejorar las condiciones del proceso salud-enfermedad; es imprescindible reconocerlos para generar estrategias que lleven al efectivo cuidado de la salud y se traduzcan en el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de la población.

Proceso salud-enfermedad a partir de Canguilhem

Para comprender la noción de enfermedad, este documento retoma la aproximación de Canguilhem quien señala tres concepciones: ontológica, dinámica y social (6).

La concepción ontológica (mágica-religiosa-bacteriológica), describe la enfermedad como un ente independiente que es capaz de generar cambios en el individuo; se establece un paralelo entre enfermedad y mal. A partir de esta concepción se percibe la pérdida de la salud como algo relacionado con términos mágicos, esta concepción ha estado presente en numerosas culturas americanas como la Kichwa del Ecuador, donde la salud es sinónimo de armonía con la tierra y la enfermedad es la ruptura del equilibrio entre la tierra y el hombre; la Aymara de Bolivia, donde la enfermedad es un desequilibrio fisiológico y social que puede ser originado por un cuerpo extraño o por la voluntad de los dioses como consecuencia de una serie de faltas (pecados) que pudo haber cometido el individuo, igualmente puede resultar de la acción de los hechiceros; las Shipibo-Conibo y Asháninca, comunidades indígenas amazónicas, donde la salud o enfermedad está dada por el equilibrio hombre/espíritu, hombre/familia, hombre/grupo social, hombre/naturaleza; la Tukano, en Colombia, donde la enfermedad es una alteración de la relación

del ser humano con la naturaleza. Para el indio Cuna, la enfermedad es el resultado de la lucha entre las fuerzas del mal y el hombre. Los espíritus malignos están por todas partes, siempre dispuestos a hacer daño al ser humano; en la visión de la tribu Huichol de México, las causas de todas las enfermedades y de la muerte que no son atribuidas a la vejez, han de encontrarse en lo sobrenatural. Existe la creencia de que algunas deidades ofendidas envían enfermedades por haber faltado a un ceremonial obligado. Una segunda causa de enfermedad es la brujería o magia malévol, y un tercer peligro para la salud y la vida es la "pérdida del alma" (7). En los trabajos de Chamorro y Tocomal, y Fernández se hacen aproximaciones ontológicas al concepto de enfermedad a través del desarrollo de modelos etnográficos (8, 9).

De igual manera, la concepción dinámica, también conocida como natural u holística implica que tanto la salud como la enfermedad están regidas por leyes naturales y reflejan la influencia ejercida por el medio y las condiciones higiénicas; es decir, la concepción de tipo naturista, ya no ontológica sino dinámica de la enfermedad, contempla la salud como el resultado de una relación armoniosa entre el hombre y su ambiente (10).

Por último, el enfoque de tipo social, hace referencia a que tanto la salud como la enfermedad son fenómenos complejos, que no solo se limitan a fenómenos de tipo biológico, sino que también influyen procesos de tipo cultural, político y hasta económico, lo que implica connotaciones de tipo social; es más, las condiciones culturales y políticas condicionan las prácticas en salud, en diferentes épocas.

De la misma forma, Moreno Altamirano retoma los trabajos de Canguilhem, donde se hace la primera referencia al concepto de malestar (*sickness*) como componente social del complejo enfermedad-padecimiento (*disease-illness*), y conceptúa:

la salud como el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas en los que ha sido socializado; es decir, trató la relación de la personalidad y el organismo, por un lado, y del sistema social y cultural por el otro; pero los contemplaba en una interacción sistémica particular. La salud y la enfermedad no solo son condiciones o estados del individuo humano considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas (10, p. 67).

En efecto, después de revisar las diferentes perspectivas, donde se podría hablar de salud, en términos de ausencia de enfermedad, es importante indicar que el concepto de enfermedad también genera una complicación directa al estar en relación con el concepto de salud; aparece entonces la dicotomía normalidad-anormalidad para hacer referencia a la salud y a la enfermedad, en este sentido Canguilhem señala que:

definir la fisiología como la ciencia de las leyes o las constantes de la vida normal no sería rigurosamente exacto por dos razones, ante todo, porque el concepto de normal no es un concepto de existencia, susceptible de por sí de mediciones subjetivas, y luego porque lo patológico tiene que ser comprendido como una especie de lo normal, puesto que lo anormal no es aquello que no es normal, sino aquello que es otra normalidad (6, p.155).

Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad.

Educación para la salud

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se han convertido en las acciones primordiales que se deben trabajar en las poblaciones desde diferentes concepciones, debido a que las intervenciones en procesos de salud-enfermedad que en la actualidad se realizan llevan a un desafío más allá del sector salud por las implicaciones que tienen en los costos económicos y sociales para su mantenimiento; en las consecuencias que tienen en los individuos en términos de indicadores de expectativa de salud, entendido este indicador como el tiempo que los individuos llevan una vida libre de discapacidad, trastornos o enfermedades crónicas, y en las características propias de la comunidad (11).

De esta manera, la promoción de la salud se constituye en un desafío porque “radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud” (12, p.54). En otros términos Díaz, Martínez y Cumsille, indican que las acciones que se deben trabajar en el proceso de salud-enfermedad deben iniciar desde el propio individuo, debido a su construcción social e histórica, para así impactar positivamente a la comunidad, en donde juega un papel fundamental la participación, comprendida como la generación de acciones desde el individuo en su vida y en su comunidad; proceso en el cual el empoderamiento de la comunidad está ligado a la participación y a la consolidación de las estructuras participativas (12). Por ello, frente a los efectos de las actividades participativas en la efectividad de la promoción en salud, Dye, Boerma, Evans, Harries, Lienhardt y McManus, en su investigación describen cómo los procesos que se realizan por medio de la interacción entre actores, cumplen un rol fundamental para mejorar la calidad de vida de la comunidad (13).

Es así, como la educación para la salud permite realizar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo como eje al individuo al interior de su contexto social e interpretando la construcción social e histórica del proceso salud-enfermedad, y se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía (14) lo cual ofrece más oportunidades a las personas de todos los países y comunidades, en todas las dimensiones clave del desarrollo humano, hasta la libertad personal para controlar y mejorar sus propias vidas (15).

Aunque se ha insistido en la importancia de las acciones promocionales y preventivas, aún se sigue con indicadores de morbilidad y mortalidad elevados, e implementando acciones rehabilitadoras y, en algunos casos, paliativas cuando la enfermedad está ya instaurada y avanzada en su proceso clínico. De las investigaciones de la OMS, la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco, por su sigla en inglés) y Naciones Unidas, se puede inferir que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación; por ende, la educación en salud, beneficia a individuos y comunidades de modo significativo (14).

Así mismo es importante mencionar, que las acciones en educación en salud deberían estar dirigidas a toda la población, pero dado el interés de los Estados, así como de los sistemas de salud específicos de cada país, estas acciones han sido enfocadas solamente a poblaciones específicas como a personas que tienen diabetes, personas con VIH, afrodescendientes, migrantes, por nombrar solo algunas, como por ejemplo las que padecen una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), ya que la aparición de la enfermedad ha sido relacionada con estilos de vida inadecuados en las poblaciones, esto

mediado por el nivel de creencias culturales particulares de cada grupo étnico (10).

Por consiguiente, no es posible hablar de formación y educación sin antes dar una mirada antropológica a este asunto; para ello es necesario reconocer cómo la concepción de ser humano es dinámica y cambia de acuerdo a la época y a las diferentes culturas donde se desarrolle, para así generar un proceso educativo exitoso que dé cuenta de las variables sociales, políticas y culturales. Es a través del conocimiento y el estudio del hombre y sus dimensiones, que se puede hablar de la formación y la educación; debido a que es ese hombre en todas sus dimensiones el que se educa y está en constante formación (16). Es así, como a la relación entre antropología y educación se la ha llamado: antropología pedagógica o antropología de la educación (17).

Por lo tanto, el objetivo de este escrito es reconocer si en las acciones diseñadas en educación para la salud, que generan cambios en el proceso salud-enfermedad de la población, se podría identificar una mirada desde la antropología pedagógica y reconocer el tipo de ser

humano que se concibe en dichas acciones en salud. Por lo cual, se pretende mostrar las investigaciones de la antropología sobre la educación y las experiencias que reflejan su capacidad para generar propuestas pedagógicas.

Metodología

Se planteó una revisión sistemática con un diseño descriptivo. Este diseño metodológico busca especificar las propiedades importantes de personas, comunidades o fenómenos que serán sometidos a análisis. Se utilizó la metodología propuesta por Manchado, en cuanto a revisiones sistemáticas de tipo exploratorio. Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron como criterios de inclusión: un periodo de estudio de 10 años, como elemento inicial, la ventana de observación fue de 2005 hasta 2015 (18, 19).

El siguiente paso del proceso fue la pesquisa en los descriptores de ciencias de la salud de la palabra antropología; la exploración arrojó 6 resultados relacionados en la que se escogieron dos términos para hacer las ecuaciones de búsqueda (tabla 1 y 2).

Tabla 1. Descriptores antropología¹

Descriptor Inglés:	<i>Anthropology</i>
Descriptor Español:	<i>Antropología</i>
Descriptor Portugués:	<i>Antropologia</i>
Categoría:	F04.096.879.201101.076
Definición Español:	La <u>ciencia</u> referida al <u>estudio comparativo</u> del hombre.
Nota de Indización Español:	primario como ESP: calif ESP; <u>HOMINIDAE</u> está disponible como Hombre taxonómico; secundario como coord sin calif; <u>antropología médica</u> : no coord con MEDICINA

Tomado de: Biblioteca Virtual de Salud, Descriptores en Ciencias de la Salud, en Consulta al DeCS.

1 Para la construcción de las búsquedas se omiten tildes, acentos u otros signos ortográficos.

Tabla 2. Descriptores Antropología Cultural

Descriptor <i>Inglés</i> :	<i>Anthropology, Cultural</i>
Descriptor <i>Español</i> :	<i>Antropología Cultural</i>
Descriptor <i>Portugués</i> :	<i>Antropologia Cultural</i>
Sinónimos <i>Español</i> :	Etnografía
Categoría:	<u>I01.076.201</u>
Definición <i>Español</i> :	Estudio de los fenómenos sociales que caracterizan las actividades sociales aprendidas, compartidas y transmitidas de <u>grupos étnicos</u> particulares centrado en las causas, consecuencias, y complejidades de la variabilidad cultural y social del ser humano.

Tomado de: Biblioteca Virtual de Salud, Descriptores en Ciencias de la Salud, en Consulta al DeCS.

La subsiguiente búsqueda se hizo en torno al concepto 'educación en salud', donde se encontró una coincidencia en la base de datos

de los términos DeCS, que se utilizó para la búsqueda final (tabla 3).

Tabla 3. Descriptores educación en salud

Descriptor <i>Inglés</i> :	<i>Health Education</i>
Descriptor <i>Español</i> :	<i>Educación en Salud</i>
Descriptor <i>Portugués</i> :	<i>Educação em Saúde</i>
Sinónimos <i>Español</i> :	Educación Sanitaria Educación para la Salud Comunitaria Educación en Salud Pública
Categoría:	<u>I02.233.332</u> <u>N02.421.143.827.407</u> <u>N02.421.726.407</u> <u>SP2.021.172</u> <u>SP4.001.017.188</u> <u>SP8.946.234.289</u>
Definición <i>Español</i> :	<u>Enseñanza</u> que aumenta la <u>conciencia</u> e influye favorablemente en la <u>actitud</u> para la mejoría de la <u>salud</u> tanto individual como colectiva (MeSH/NLM). Enfoques y <u>técnicas</u> usadas para fomentar <u>hábitos</u> sanitarios cotidianos en la comunidad y para inculcar conocimientos y prácticas de comportamiento higiénico como <u>elementos</u> primarios de <u>salud</u> en el desarrollo personal y de la nación (Material IV - Glosario de <u>Protección Civil</u> , OPS, 1992)
Nota de Indización <i>Español</i> :	<u>Educación</u> del público en general o de individuos; <u>educación</u> de <u>pacientes</u> dentro y fuera del hospital = <u>educación del paciente como asunto</u>
Relacionados <i>Español</i> :	<u>Promoción de la Salud</u> <u>Educación del Paciente como Asunto</u>

Fuente. Biblioteca Virtual de Salud, Descriptores en Ciencias de la Salud, en Consulta al DeCS.

Después de tener las palabras clave para la búsqueda, se sigue con la metodología de Machado (19). Los idiomas que se tuvieron en

cuenta fueron español, portugués e inglés. Los estudios incluidos serán estudios experimentales, correlacionales y descriptivos.

Las fuentes de información fueron bases de datos importantes para el área de salud: Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y PubMed.

En cada base de datos se hizo la búsqueda con las siguientes ecuaciones (tabla 4).

Tabla 4. Ecuaciones de búsqueda

Ecuación	Base de datos	Resultados
("anthropology, cultural"[MeSH Terms] OR ("anthropology"[All Fields] AND "cultural"[All Fields]) OR "cultural anthropology"[All Fields] OR ("anthropology"[All Fields] AND "cultural"[All Fields]) OR "anthropology, cultural"[All Fields]) AND (Educacion[All Fields] AND ("enzymology"[Subheading] OR "enzymology"[All Fields] OR "en"[All Fields]) AND Salud[All Fields]) AND ("2005/04/10"[PDat] : "2015/04/07"[PDat]) ("ethnology"[Subheading] OR "ethnology"[All Fields] OR "anthropology"[All Fields] OR "anthropology"[MeSH Terms]) AND (Educacion[All Fields] AND ("enzymology"[Subheading] OR "enzymology"[All Fields] OR "en"[All Fields]) AND Salud[All Fields]) AND ("2005/04/10"[PDat] : "2015/04/07"[PDat])	PubMed	4
tw:(antropología cultural AND educación en salud AND (instance:"regional")) AND (instance:"regional") AND (fulltext:(“1” AND year_cluster:(“2010” OR “2009” OR “2008” OR “2012” OR “2011” OR “2013” OR “2014” OR “2007” OR “2005” OR “2015”)) AND type:(“article”))	BVS	573

Luego de obtener los resultados de las búsquedas iniciales, se almacenó la información en un gestor bibliográfico como lo es *Mendeley*, para posteriormente filtrarlos nuevamente en dos criterios.

- *Categoría 1*: Aquellos artículos que mencionan acciones en educación en salud, para poder reconocer en que tendencia de la antropología pedagógica están construyendo su propuesta.

- *Categoría 2*: Aquellos artículos que, aunque tienen las palabras clave, no mencionan acciones en educación en salud, y su temática está relacionada con otros temas.

Realizado este filtro se encontró que, de los 577 artículos, 90 artículos se clasificaron como categoría 1 y 485 como categoría 2 (tabla 5).

Tabla 5. Categorización de artículos

Base de datos	Categoría 1	Categoría 2	Total
Pubmed	1	3	4
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	89	482	573

Se concluyó con la revisión de los 90 artículos y se extrajo la información relacionada con acciones en educación para la salud, para

posteriormente hacer la ubicación desde la antropología pedagógica y el concepto de hombre que tienen en sus discursos.

Resultados

Después de realizar la búsqueda se encontraron un total de 577 artículos sobre el tema de educación para la salud y antropología; de estos, 567 se encuentran en bases de datos internacionales y 6 en bases de datos especializadas. Las bases de datos consultadas fueron Medline con 544 (94%), LILACS con 26 (4.5%) y BDNF-Enfermería con 6 (1.5%).

Frente al tema principal de educación para la salud, se encontró que los investigadores al momento de comunicar sus resultados lo hacen por medio de artículos en diferentes medios, estos trabajos de investigación son clasificados de la siguiente manera: actitudes y prácticas en salud con 102 artículos (17.6%); actitud frente a la salud con 92 (15.9%); educación en salud con 91 (15.8%); competencia cultural con 82 (14.2%); actitud del personal de salud con 59 (10.2%); educación del paciente con 50 (8.6%); población hispanoamericana con 46 (8%); promoción de la salud con 46 (8%); población afroamericana con 41 (7.1%); diversidad cultural con 38 (6.6%); el porcentaje restante se centra en diversos temas en los que se pueden mencionar medicina indígena o medicina tradicional. Cabe aclarar que algunos artículos mencionan dos temas a la vez por lo cual el porcentaje total es mayor al 100% de los artículos.

En efecto, las regiones geográficas de donde proceden los artículos son América del Norte con 249 (43.1%), Asia con 121 (21%), Europa con 58 (10%), África con 44 (7.6%), Oceanía con 32 (5.5%), México con 21 (3.6%) y América del Sur con 52 (9%), de los cuales 10 provienen de Brasil. El 95.3% son en inglés, el 3.3% en portugués, y el 1.2% en español. En particular, se encontró que las acciones en educación para la salud están dirigidas a poblaciones específicas, razón por la que se nombrarán a continuación los grupos poblacionales en los

cuales están enfocadas las acciones en educación, lo cual dará un panorama general de hacia dónde han estado dirigidas las investigaciones en educación que tienen como punto de partida a el hombre.

Diabetes y autocuidado

Lo que se encontró a nivel internacional sobre acciones en educación para la salud fue diverso, pero se hará mención solo de aquellos artículos categoría 1, para reconocer sobre cual tendencia de antropología pedagógica están trabajando y qué concepción de ser humano poseen.

Uno de los temas sobre el que se halló un gran número de referencias bibliográficas fue la diabetes; por ejemplo, Ahmad, Ramadas, Kia Fatt y Zain refieren que la educación y el autocuidado siguen siendo las bases para el tratamiento de la diabetes por lo que estos autores plantean la necesidad de desarrollar y validar el material de educación en diabetes, para ser adaptado a una sociedad multicultural como lo es la de Malasia, desde el Modelo de Creencias de Salud (MCS), modelo con una clara orientación fenomenológica basada en las teorías de Kurt Lewin; esto muestra que existe relación entre los modelos teóricos de promoción y prevención, con la antropología pedagógica (20).

En el mismo sentido, Heideman Nierkens, Stronks, Middelkoop, Twisk, Verhoeff, de Wit y Snoek refieren la importancia de trabajar en temas como la diabetes a través de la educación para la salud, en la que se incluya la historia familiar, ya que es un factor de riesgo conocido. Las acciones dirigidas a los familiares de primer grado de consanguinidad de personas con diabetes tipo 2 y sobrepeso, como charlas sobre cuidados y dietas, motivación al ejercicio y estrategias para el control de peso, entre otras, promueven la motivación intrínseca para cambiar el estilo de vida y así sostener los cambios de comportamiento obtenidos durante

el seguimiento. En este tipo de programas se encontraron resultados satisfactorios como la pérdida de peso; los resultados secundarios incluyen que las acciones tienen resonancia en cambios de conductas que mejorarán la calidad de vida de la población a largo plazo y psicológicos, al presentar cambios en la autoimagen frente al proceso de enfermedad (21).

En síntesis la dependencia entre la diabetes y la cultura se ha estudiado en varias publicaciones, debido a la interrelación cultural de los alimentos en la dieta de los individuos con el padecimiento de diabetes. Es conocido el caso de obesidad por alto consumo de bebidas gaseosas en algunos países de Latinoamérica y su incidencia como factor desencadenante de la diabetes; es por ello que las políticas educativas relacionadas con la alimentación en diferentes países, los resultados de las políticas federales y los antecedentes históricos de la diabetes en diferentes regiones deben estar en constante interacción (22-24).

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Por otra parte, otra de las tendencias encontradas son los estudios relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Uno de los estudios refiere que las adolescentes de ascendencia latina en los EE.UU. tienen cuatro veces mayor riesgo en comparación a las mujeres blancas nativas de la misma región en contagiarse con VIH, por lo que es necesario desarrollar un programa eficaz de prevención del VIH para mujeres adolescentes de ascendencia latina que tenga en cuenta sus condiciones culturales. Para tal fin, a partir del programa *Sisters Informing, Healing, Living, and Empowering (SIHLE)* se crea el programa *Chicas Healing, Informing, Living and Empowering (CHILE)*; para evaluar la pertinencia y eficiencia del programa se utilizaron las respuestas de las

adolescentes antes y después de implementar el programa, lo cual buscaba la integración de la información impartida en sus construcciones culturales (25). Este programa está demarcado por la tendencia etnográfica de la antropología pedagógica iniciada en los ochenta y que en la última década muestra la necesidad de relacionar antropología, cultura y práctica educativa.

No obstante, diferentes estudios coinciden en la relación entre la alta prevalencia de VIH/SIDA en las minorías raciales y étnicas en los Estados Unidos en contra posición con los avances en las metodologías de prevención, y concluyen que no hay intervenciones que hubiesen sido diseñadas específicamente para reducir las disparidades en el contagio del VIH entre las poblaciones (26-28).

En el mismo sentido, se localizó un estudio de la utilidad de la etnografía en el entendimiento de las infecciones y el VIH/SIDA, y más en general sobre las enfermedades de transmisión sexual y la planificación de las intervenciones de educación sobre estos temas dirigidas a los curanderos urbanos en Zimbabue (29). Aunque, su mirada es etnográfica, gran parte de la información utilizada para la planificación y ejecución de esos programas se basó en procedimientos rápidos de investigación (enfoques basados en encuestas individuales) que no captan plenamente los marcos explicativos del accionar de los curanderos. Esta información incompleta se convirtió en el conocimiento que tuvieron los entes territoriales sobre las tradiciones locales, que se constituyeron en la base para el diseño e implementación de programas de capacitación. La poca rigurosidad de la investigación y la rapidez con la que se realizó, afectó la efectividad del programa, al no reconocer el conocimiento propio de la medicina tradicional y el impacto que tiene esta en las relaciones sociales dentro de una comunidad,

como se puede establecer a partir del modelo de creencias de salud.

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los estudios provienen de Estados Unidos; en ellos se evidencia la preocupación de trabajar con minorías étnicas. Se ha encontrado que allí se tiene una mayor prevalencia en los procesos relacionados con la enfermedad, y se ha reconocido que la estrategia que ha tenido mayor efectividad es la educación en salud.

Cultura, educación para la salud y grupos étnicos

En Estados Unidos hay una preocupación por atender las necesidades de los inmigrantes en relación al acceso a los servicios de salud. Luque, Mason, Reyes-García, Hinojosa y Meade en 2011 realizaron un estudio desde el modelo multiplicativo en salud, en el cual se educó a mujeres hispanas trabajadoras del campo sobre el cáncer cervical, el virus del papiloma humano (VPH) y su vacuna, para que pudieran replicar la información en sus comunidades. En dicho estudio, la estrategia fue la educación para la prevención del cáncer de cuello de útero a través de los miembros de la comunidad. Esta estrategia se presenta como una opción práctica para atender a poblaciones de bajos ingresos, como lo son las mujeres trabajadoras hispanas en las áreas receptoras de inmigrantes más recientes de los Estados Unidos que tienen menos cobertura de profesionales de la salud hispanoparlantes (30). La visión de los autores se centra en la tendencia de la antropología pedagógica de los años 70 en la que las poblaciones que son minorías deben cubrirse con acciones que disminuyan su déficit cultural.

En una línea similar, se halló un estudio donde se evaluó un programa de promotores de salud comunitaria, que realizan acciones en salud ocupacional y educación en seguridad en el trabajo para inmigrantes latinos trabajado-

res en el procesamiento de aves de corral en el oeste de Carolina del Norte. De igual manera, los autores del estudio mencionan dentro de la justificación que este tipo de programas se recomienda para paliar las carencias de educación sanitaria de los inmigrantes y las poblaciones desfavorecidas, que, al igual que el estudio anterior, evidencia una clara relación con la visión de la antropología pedagógica de los 70 (17, 31).

Siguiendo esta misma línea, se encontró la investigación con madres somalíes que habitan en Estados Unidos de Vani, Thomas y Gwendolyn en 2010, cuyo objetivo fue explorar las creencias y prácticas de las madres alrededor de la alimentación infantil y la educación, para el desarrollo de un plan de estudios de nutrición infantil culturalmente informado para las entidades prestadoras del servicio de salud. Se realizaron cuatro grupos de discusión para explorar: 1) las creencias sobre la alimentación infantil, el hambre y el peso ideal; 2) las prácticas de alimentación; 3) los enfoques de educación nutricional, y 4) las interacciones proveedor/madre. Treinta y siete participantes, madres somalíes, identificaron los siguientes temas: a) estrategias para evaluar el hambre, la saciedad y cuándo alimentar —creencias compartidas de que bebés regordetes hacen niños sanos, lo que lleva a una preocupación de los proveedores de salud por el peso de estos niños; b) el contexto de la adecuación de la leche materna en la población, esto implica las creencias y prácticas sobre la lactancia exclusiva hasta los seis meses, las dificultades de la lactancia materna y las barreras ambientales y culturales a la lactancia, lo que lleva a la implementación temprana, casi universal, de la leche de fórmula; c) los enfoques educativos preferidos incluyen visitas a proveedores con los intérpretes, materiales educativos en idioma somalí, y el asesoramiento de miembros de la familia con más experiencia y más edad, y

d) la necesidad de que los proveedores de salud escuchen, expliquen y sean empáticos al referirse a cuestiones específicas, repetir la información importante, ofreciendo asesoramiento preventivo y un suficiente tiempo de visita. Este estudio presenta los conocimientos acerca de las creencias y prácticas de madres somalíes que pueden orientar directamente discusiones con estas familias (32, 33).

Teniendo en cuenta que estos niños tienen un mayor factor de riesgo a la obesidad debido a las prácticas de alimentación de su comunidad, estas se tomarán como insumo para prevenir la obesidad y servirán de base para un nuevo plan de estudios de nutrición infantil para los proveedores de salud. Este estudio muestra claramente la tendencia a estudios de tipo etnográfico; como este tipo de estudio, se encontraron varios con esta misma tendencia (34-36).

Por otra parte, existen en menor proporción estudios en otras zonas del mundo, como Bangkok, donde se implementó un programa de cuidado familiar, el cual consta de cuatro folletos diseñados para aumentar la comunicación de los padres con sus hijos adolescentes con el fin de retrasar el inicio o disminuir el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas; cada folleto aborda un aspecto clave del fortalecimiento de las familias y la protección de los jóvenes de conductas no saludables relacionadas con el alcohol y otras drogas. Como parte del programa, los educadores de la salud se contactaban con los padres de manera telefónica para apoyarlos en la adopción del programa. Este programa se centró en la pertinencia cultural y a partir de esta se creó una unidad de servicios de salud encargada de la orientación de citas de adolescentes y el comportamiento sexual; para un abordaje total de 170 familias, con un cumplimiento del 85.3% completando los cinco folletos (37, 38). Aunque el estudio se centra en el contexto cultural, no

es claro cómo este se materializa en la estrategia adoptada, por lo que no se pudo reconocer desde qué visión antropológica trabajó su propuesta.

De la misma forma, se localizaron documentos de otras partes del mundo como China, en los que lo interesante fue identificar el avance en la construcción metodológica de las investigaciones, al pasar de estudios de alcance descriptivo a estudios de alcance experimental como el de Liu en el 2009. Este autor, a partir del trabajo de campo sobre la evidencia de la existencia de algunas prácticas tradicionales posparto que son potencialmente perjudiciales para la salud de la mujer —las cuales a pesar de estar descritas y con resultados documentados, no se ha hecho ningún estudio de intervención destinado a cambiarlas—, evaluó el efecto de una intervención de educación para la salud y de nutrición, que se centró en mejorar la calidad de la dieta después del parto y los comportamientos de salud óptimos. Los resultados muestran que las mujeres en los grupos de intervención evidenciaron una mejoría significativamente mayor en los hábitos alimenticios globales tales como el consumo de frutas, vegetales, soya y productos de soya, así como la nutrición y el conocimiento de la salud en relación a los grupos de control; se encontró que hubo un cambio significativo en los tabúes tradicionales de comportamiento. El estudio muestra que las intervenciones en educación sobre la salud y la nutrición permiten a las mujeres cambiar algunas de las prácticas poco saludables después del parto y disminuir la prevalencia de problemas de salud después del parto (39).

Educación para la salud desde la perspectiva Latinoamericana

En Latinoamérica, se encontró el menor número de estudios, los identificados son de Brasil en su mayoría, seguidos por estudios de

Venezuela y Colombia. Uno de ellos exploró las acciones de los agentes de salud de la comunidad (ACS), encargados de las acciones educativas para las personas que no están afiliadas al sistema de salud del área metropolitana de Río de Janeiro. Se encontró que el liderazgo social, es el facilitador principal en los procesos de fortalecimiento y de optimización de la prestación de los servicios de salud en la población asistida, y proporciona elementos de reflexión de los puntos de conflicto, contradicciones y paradojas en la práctica profesional. Al mismo tiempo Zanchetta, Leite, Perreault y Lefebvre, hacen una reflexión que no se evidenció en ninguno de los artículos anteriormente revisados: los procesos de educación en salud son creados, implementados y evaluados por seres humanos y si no se logra que el promotor en salud esté empoderado, ¿cómo se podrá lograr un cambio en el estilo de vida del sujeto que recibe la información? Es por ello que es necesario trabajar primero en el deseo de cambio de los promotores, para así llevar a un ser humano libre para actuar (40).

En esta misma línea, se localizó un trabajo que analiza el proceso de formación de los agentes comunitarios de salud en una comunidad en el oeste de Río de Janeiro. A partir, de la observación etnográfica de las prácticas educativas, de la comunidad y del uso de cuestionarios, el estudio tuvo como objetivo contextualizar el desarrollo del curso y analizar las opiniones de los participantes sobre las expectativas y el aprendizaje de los conocimientos en materia de salud y medio ambiente. Los datos revelan que hubo un fortalecimiento de las redes de la comunidad local y el capital social de algunos participantes. El artículo tiene como objetivo contribuir a una antropología de las actividades educativas implementadas en espacios formales y no formales, tanto en el contexto de la formulación y el desarrollo de acciones como en

la vista de los diferentes actores que participan en los programas educativos (41). Este fue el primer artículo que menciona de manera clara la relación entre la antropología pedagógica y las acciones en educación en salud.

En Venezuela, se localizó la experiencia de validación de la metodología etnográfica como una alternativa de aproximación objetiva y oportuna en la construcción de escenarios socioculturales de las comunidades afectadas por la leishmaniasis cutánea. En el estudio se destaca el papel de la etnografía en la construcción de la racionalidad de la vida cotidiana, sus significados e interpretación de las personas que sufren la enfermedad para la elaboración de programas de educación para la salud permanente y sostenible (42).

Por último, se halló un estudio en Colombia, el cual buscaba generar respuestas frente a una de las condiciones de salud-enfermedad que lleva a una alta prevalencia de morbilidad en zonas tropicales: la malaria. A pesar de las políticas de control, estas no han tenido los resultados esperados, y dentro de las evaluaciones realizadas se encuentra que se ha prestado poca atención a los aspectos culturales; por lo que, se hace un estudio mixto para conocer los problemas de salud en la comunidad, las causas de la malaria, las medidas de control y los responsables de aplicarlas; esto con el fin de generar acciones de impacto (43). Se parte de la idea de una concepción de hombre social, como menciona Carmelo Lison "el hombre se ve condenado a pensar y simbolizar, a afrontar los problemas de la vida siempre cambiante, a experimentar soluciones o, en otras palabras, a crear cultura para construir nuestro mundo específicamente humano" (44, p.102). Es así, como comparte una visión etnográfica (tendencia marcada en la antropología pedagógica de vertiente americana en la década de los 80), que parte de los conocimientos que se tienen de la

enfermedad al convivir con ella como comunidad por décadas; se ven reflejados en dominios culturales estructurados y compartidos por las comunidades que definen los comportamientos frente a la prevención, el tratamiento y el cuidado de la enfermedad, así como una relación particular con los agentes de salud (45).

Discusión

El objetivo de este artículo se centró en reconocer si en las acciones diseñadas sobre educación para la salud para impactar de manera positiva los procesos de salud-enfermedad de la población, se podría identificar una mirada desde la antropología pedagógica y reconocer el tipo de ser humano que conciben estas acciones en salud. De acuerdo a lo mencionado por Ferrero existen tres tipos de estudio pedagógico-antropológico, uno que es integrador; otro que es de tipo analítico-existencialista y un tercero orientado a la imagen del hombre; este documento realizó el análisis desde el tercer tipo de estudio, ya que se puede entender por antropología pedagógica la cuestión sobre las imágenes del hombre que constituyen la base de las ideas pedagógicas de las diferentes épocas y pueblos (46). Por lo que es necesario mencionar que, en todas las acciones en salud, desde el discurso, se reconocen las diferencias contextuales de los seres humanos desde sus procesos históricos y culturales, y la necesidad de entablar un diálogo desde lo socio-cultural para generar cambios positivos en la población (40, 41); las acciones encontradas se enmarcan en la corriente norteamericana de la antropología pedagógica. A esta corriente se le conoce por propiciar un diálogo intercultural, que abarca el intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas y grupos con diferentes tradiciones y orígenes étnicos, culturales, religiosos y lingüísticos, en un espíritu de entendimiento y respeto mutuos. Para el Consejo de Europa:

La libertad y la capacidad para expresarse, pero también la voluntad y la facultad de escuchar las opiniones de los demás, son elementos indispensables. El diálogo intercultural contribuye a la integración política, social, cultural y económica, así como a la cohesión de sociedades culturalmente diversas. Fomenta la igualdad, la dignidad humana y el sentimiento de unos objetivos comunes. Tiene por objeto facilitar la comprensión de las diversas prácticas y visiones del mundo; reforzar la cooperación y la participación (o la libertad de tomar decisiones); permitir a las personas desarrollarse y transformarse, además de promover la tolerancia y el respeto por los demás (47, p. 21).

Sin embargo, desde un discurso cultural común se pueden encontrar tendencias distintas; primero, los sentidos de las acciones cambian si se desea hacer acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad o intervención por presencia de la enfermedad. Segundo, la tendencia desde la antropología pedagógica cambia si las acciones se realizan en el contexto norteamericano o latinoamericano (42, 48-50).

Por ende, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde el contexto norteamericano va dirigida a reconocer las diferencias socioculturales; se trata de una cuestión relativista de la cultura, que apunta a que cada conocimiento es válido para la comunidad que lo había creado, de esta manera, cada cultura requeriría de un sistema educativo propio a fin de satisfacer las propias necesidades educativo-culturales, por lo que no se daban valores educativos universales. El ser humano se presenta como un ser "no especializado" y "formable", que requiere, precisamente de la educación para constituirse en humano. Es gracias a esa

supuesta capacidad de formarse y a ese carácter excéntrico del ser humano, que se puede crear, recrear, producir y reproducir la sociedad y la cultura; que se pueden llevar a cabo los procesos de internalización, individuación, socialización, subjetivación y aculturación, y que se puede hablar de la educación para la salud como algo posible (44, 51, 52).

Por su parte, en Latinoamérica las acciones buscan más que informar, generar un empoderamiento de la población frente a sus propias condiciones de salud, en las que la concepción de ser humano se enmarca más hacia lo que menciona Amartya Sen con su “enfoque de las capacidades”, en el cual se busca la libertad del ser humano y como desde esta libertad se establecen los propósitos de la vida, los valores humanos y la relación con la cultura y la sociedad, a través del razonamiento público y la organización social (53).

De esta manera, las acciones de diálogo intercultural deben valorar aquello que desea el ser humano, es decir, se debe evitar el intento inapropiado de buscar la conmensurabilidad de la utilidad, sin tener en cuenta los estilos de vida que para las personas resultan valiosos y, en segundo lugar, evitar desconocer la historicidad y la cultura del individuo; por lo cual, la educación es una herramienta para lograr el desarrollo humano centrado en la libertad que tienen las personas para alcanzar la vida que valoran y que tienen razones para valorar (53).

En este sentido, el dialogo intercultural, por un lado, permite evitar las divisiones étnicas, religiosas, lingüísticas y culturales. Por el otro, posibilita avanzar juntos y reconocer diferentes identidades de manera constructiva y democrática conforme a valores universales comunes. A partir de esto, es posible explicar que a pesar de los estudios encontrados que parten del multiculturalismo, las acciones frente a la educación en Estados Unidos siguen estando guiadas por

los conceptos industriales e instrumentales del desarrollo, lo cual se puede ejemplificar con los cálculos de costo-efectividad y costo-beneficio de las acciones en salud y en la identificación de prioridades, basada en la valoración de las pérdidas (carga de enfermedad, años de vida ajustados a la discapacidad, años de vida potencialmente perdidos, etc.). Mientras que las acciones que se dan desde Latinoamérica reconocen la libertad como el medio principal y el propósito fundamental del desarrollo humano, lo cual implica la eliminación de todos aquellos obstáculos que privan a los sujetos de las capacidades para alcanzar la vida que desean (53).

De esta manera, las acciones en educación en salud, buscan en últimas el desarrollo humano y la expansión de las libertades que permiten a las personas definir sus propios objetivos y propósitos para alcanzar una “vida buena”, sobre la base de un pluralismo valorativo, que reconoce distintas concepciones del bien, y que el proceso salud-enfermedad es una construcción social.

Conclusiones

En el presente trabajo investigativo se pudo constatar a través de la metodología y el método empleado que existe un promedio alto de acciones en educación para la salud, que ponen de relieve la importancia de explorar las creencias y prácticas culturales en relación con los cuidados de la salud. Dichas acciones presentan conceptos e ideas para el diseño y orientación de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, se identifica que la reconstrucción histórico-social se queda corta en varios casos, dado que las intervenciones que se ofrecen son precarias. En este sentido, es necesario tener en cuenta la diversidad étnica y cultural, y la construcción del tejido social, en virtud de la complejidad inherente de los seres humanos. En consecuencia, la mirada lineal positivista es nece-

sario reemplazarla por una mirada compleja, entendida esta desde los postulados del Doctor Maldonado (29, 54, 55).

Con el mismo propósito se identifica que, en el sector salud, las acciones en educación en salud han sido permeadas por la corriente norteamericana de la antropología pedagógica, con acciones que se enmarcan en estudios etnográficos, pero la diferencia más importante que se evidencia es que la concepción de hombre difiere entre Estados Unidos y Latinoamérica. La primera reconoce que la educación humaniza al individuo y permite el crecimiento de este en la sociedad, y la segunda busca lograr el desarrollo humano a través de la potencialización de las libertades del sujeto. No obstante, en aras de la diversidad, como en la construcción y deconstrucción del conocimiento, ambas

corrientes potencializan desde sus contextos, la vida. Esto contribuye al desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y calidad de vida, así como prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad; acciones que al final se identifican prácticas positivas en salud pública.

Por último y siendo coherentes con lo encontrado en el presente artículo, se reconoce la construcción social e histórica del proceso salud-enfermedad, así como es necesario identificar en próximas investigaciones sobre el tema, el concepto de ser humano que están en las propuestas de educación para la salud. En virtud que de esta manera se podrían tener mayores elementos para comprender los resultados de las intervenciones en la población en educación en salud.

Referencias

1. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*. 2008; 9(1):93-107.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre Determinantes de la Salud (CDS). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud 2009. [internet] 2009. [citado 2016 ago. 23]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
3. Briceño-León, R. Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. pp 15-24.
4. Freire, G. (Ed.). Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas. Quito: Abya Yala; GEA, 2011. pp 191-224.
5. Laurel, AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Organización Panamericana de la Salud. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington DC: OPS; 1994. p. 1-12.
6. Canguilhem GO. Normal e o patológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
7. Flores-Guerrero R. Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Rev Mad*. 2004;(10):21-9.
8. Chamorro A, Tocornal C. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama. Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estud Atacam*. 2005; 30:117-34.
9. Fernández G. Al hospital van los que mueren. Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. En: Fernández, (Coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito Ediciones Abya-Yala; 2006. p. 317-36.

10. Moreno-Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud púb Méx.* 2007;49(7):63-70.
11. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial médica panamericana; 2001.
12. Díaz D, Martínez ML, Cumsille P. Participación comunitaria en adolescentes: desafíos para la promoción de la salud. *Rev Psicol.* 2003;2(16):53-70.
13. Dye C, Boerma T, Evans D, Harries A, Lienhardt C, McManus J. Informe sobre la salud en el mundo. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf
14. Carter WB, McKenna M, Martin ML, Andresen EM. Health education: Special issues for older adults. *Patient Educ Counsel.* 1989;13(2):117-131.
15. United Nations Development Programme (UNDP). Informe sobre desarrollo humano 2013. El ascenso del Sur: el progreso humano en un mundo diverso 2013; Nueva York: PNUD. [Consultado el 23 de febrero de 2016] Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/content/informe-sobre-desarrollo-humano-2013>
16. Escobar C. Fundamentación antropológico-pedagógica para la creación de un hogar empresarial a la luz de los estudios críticos de la gestión. Seccional Medellín. 2013. Disponible en: <http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/handle/10819/2502>
17. Martínez AB. Antropología de la educación para la formación de profesores. *Educ Educad.* 2006;9(5):149-67.
18. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta edición. México: Mc Graw-Hill; 2014. Capítulo 12; 355-96.
19. Manchado R, Tamames S, López M, Mohedano L, D'Agostino M, Veiga de Cabo J. Revisiones Sistemáticas Exploratorias. *Med Segur Trab.* 2009; 55(216):12-19.
20. Ahmad B, Ramadas A, Kia Fatt Q, Zain A. A pilot study: The development of a culturally tailored Malaysian Diabetes Education Module (MY-DEMO) based on the Health Belief Model. *BMC Endocrine Disorders.* 2014;14(31). Doi: 10.1186/1472-6823-14-31
21. Heideman WH, Nierkens V, Stronks K, Middelkoop BJ, Twisk JW, Verhoeff AP, de Wit M, Snoek FJ. DiAlert: A lifestyle education programme aimed at people with a positive family history of type 2 diabetes and overweight, study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2011; 11(1):1.
22. Edwards K, Patchell B. State of the science: A cultural view of Native Americans and diabetes prevention. *J Cult Divers.* 2009 primavera;16(1):32-5.
23. Skelly AH, Leeman J, Carlson J, Soward AC, Burns D. J Nurs Scholarsh. Conceptual model of symptom-focused diabetes care for African Americans. *J Nurs Scholarsh [serie en internet]* 2008; 40(3):261-7.
24. O'Brien MJ, Shuman SJ, Barrios DM, Alos VA, Whitaker RC. A qualitative study of acculturation and diabetes risk among urban immigrant Latinas: implications for diabetes prevention efforts. *Diabetes Educ.* 2014 sep-oct;40(5):616-25.
25. Davidson TM, Lopez CM, Saulson R, Borkman AL, Soltis K, Ruggiero KJ, de Arellano M, Wingood GM, Diclemente RJ, Danielson CK. Development and preliminary evaluation of a behavioural HIV-prevention programme for teenage girls of Latino descent in the USA. *Cult Health Sex.* 2014; 16(5):533-46.
26. Rhodes SD, McCoy TP, Vissman AT, DiClemente RJ, Dck S, Hergenrather KC, et al. A randomized controlled trial of a culturally congruent intervention to increase condom use and HIV testing among heterosexually active immigrant Latino men Eng E. *AIDS Behav.* 2011; 15(8):1764-75.
27. Guilamo-Ramos V, Soletti AB, Burnette D, Sharma S, Leavitt S, McCarthy K. Parent-Adolescent Communication About Sex in Rural India US-India Collaboration to Prevent Adolescent HIV. *Qual Health Res.* 2012; 22(6):788-800.

28. Lee YK, Lee PY, Ng CJ. A qualitative study on healthcare professionals' perceived barriers to insulin initiation in a multi-ethnic population. *BMC Fam Pract.* 2012; 13:28.
29. Simmons D. The role of ethnography in STI and HIV/AIDS education and promotion with traditional healers in Zimbabwe. *Health Promot Int.* 2011 dic; 26(4):476-83.
30. Luque JS, Mason M, Reyes-García C, Hinojosa A, Meade CD. Salud es vida: Development of a cervical cancer education curriculum for promotora outreach with Latin American farmworkers in rural Southern Georgia. *Am J Public Health.* 2011; 101(12):2233-5.
31. Marín A, Carrillo L, Arcury TA, Grzywacz JG, Coates ML, Quandt SA. Ethnographic evaluation of a lay health promoter program to reduce occupational injuries among Latino poultry processing workers. *Public Health Reports. Occupation Interven.* 2009;124(supl1):36-43.
32. Vani S, Ligia M, Thomas B, and Gwendolyn P. Quinn translation and adaptation of smoking relapse-prevention materials for pregnant and postpartum hispanic women. *J Health Commun* 2010; 16(1) 90-107.
33. Hunter J, Kelly PJ. Imagined anatomy and other lessons from learner verification interviews with Mexican immigrant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012; 4(6): E1-E12.
34. Lee JT, Tsai JL, Tsou TS, Chen MC. Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use: A randomized controlled trial. *Contraception.* 2011; 84(1), 48-56.
35. Srimanthi K, Arlene V, Dewitt W, Ambika K, Lumberg J. Healthy eating and harambee: Curriculum development for a culturally-centered bio-medically oriented nutrition education program to reach African American women of childbearing age. *Matern Child Health J.* 2010; 14:535.
36. Jones PR, Waters CM, Oka RK, McGhee EM. Increasing community capacity to reduce tobacco-related health disparities in African American communities. *Public Health Nurs.* 2010; 27(6):552-560.
37. Rosati MJ, Cupp PK, Chookhare W, Miller BA, Byrnes HF, Fongkaew W, Atwood KA. Successful implementation of Thai family matters strategies and implications. *Health Prom Pract.* 2012;13(3):355-63.
38. Cupp, K, Atwood A, Byrnes H, MillerA, Fongkae, W, Chamrathirong, A, Chookhare W. The impact of Thai family matters on parent-adolescent sexual risk communication attitudes and behaviors. *J Health Commun.* 2013; 18(11), 1384-96.
39. Liu N, Mao L, Sun, X, Liu L, Yao, P, Chen B. The effect of health and nutrition education intervention on women's postpartum beliefs and practices: A randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2009; 4:9-45.
40. Zanchetta S, Leite, C, Perreault M., Lefebvre H. Education and professional strengthening of the community health agent - an ethnography study. *OBJN* 2005; 4(3):60-72.
41. Cecchetto F, Monteiro S, Fernandes E. Formação de agentes comunitários em ambiente e saúde na Colônia Juliano Moreira: uma abordagem etnográfica. *Trab. educ. saúde.* 2010; 8(2): 267-83.
42. García B. The contribution of ethnography to knowledge on socio-cultural codes related to localized cutaneous leishmaniasis in a health education program in Venezuela. *Cad Saude Pública.* 2007;(23):56-78.
43. Fernández-Niño Julián A., Idrovo Álvaro J., Giraldo-Gartner Vanesa, Molina-León Helvert F. Los dominios culturales de la malaria: una aproximación a los saberes no institucionales. *Biomédica.* 2014; 34(2): 250-259.
44. Lisón T. Antropología: estilos de pensamiento e interpretación. Rubí: Anthropos; 2013 .
45. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. *Psychol Health. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability aproche to resiliencia* 2015; 30 (6):715-31.
46. Ferrero J. *Teoría de la educación: lecciones y lecturas.* 6.ª ed. Universidad de Deusto: 2009.

47. Consejo de Europa. Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural "Vivir juntos con igual dignidad". [Citado el 28 de noviembre de 2015] 2008; Disponible en http://www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/WhitePaper_ID_SpanishVersion.pdf
48. Thurston E, Blundell-Gosselin, H. The farm as a setting for health promotion: Results of a needs assessment in South Central Alberta. *Health Place*. 2005; 11(1):31-43.
49. Davidson TM, Lopez CM, Saulson R, Borkman AL, Soltis K, Ruggiero KJ, et al. Development and preliminary evaluation of a behavioural HIV-prevention programme for teenage girls of Latino descent in the USA. *Cult Healt Sex*. 2014; 16(5):533-46.
50. Arcury T, Quandt A, Bell, RA. Staying healthy: the salience and meaning of health maintenance behaviors among rural older adults in North Carolina. *Soc Sci Med*. 2001;53(11):1541-56.
51. Runge A, Garcés J. Educabilidad, formación y antropología pedagógica: repensar la educabilidad a la luz de la tradición pedagógica alemana. *Rev Cient Guillermo de Ockham*. 2011; 9(2):13-25.
52. Plessner, H. Límites de la comunidad: crítica al radicalismo social. Siruela: 2012.
53. Restrepo-Ochoa D. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(12):2371-82.
54. Melo P, Campos E. El grupo facilita todo: significados atribuidos por pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educación para la salud. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; 980-7.
55. Maldonado C.E. Complejidad y evolución. En: Maldonado, C.E. (Editor). *Complejidad: ciencia, pensamiento y aplicación*. 1.ª Edición. Bogotá: Publicaciones Uexternado; 2014. p. 11-17.