

La transversalidad curricular: una alternativa para la formación en la equidad y la prevención de adicciones y violencia en profesionales de la salud

Cross-cutting curriculum: an alternative for training in equality and the prevention of addiction and violence in health professionals

Beatriz Garza González

Universidad Autónoma de Querétaro

bgarza62@gmail.com

Ruth Magdalena Gallegos Torres

Universidad Autónoma de Querétaro

planeacion.enf.uaq@gmail.com

Ma. Alejandra Hernández Castañón

Universidad Autónoma de Querétaro

alehdez@yahoo.com.mx

Aurora Zamora Mendoza

Universidad Autónoma de Querétaro

sexten@uaq.mx

Gabriela Palomé Vega

Universidad Autónoma de Querétaro

gpalome@uaq.mx

Resumen

El profesional de la salud, por participar directamente en el cuidado de la salud de los individuos, esta llamado a participar en los múltiples fenómenos de salud pública que afectan el bienestar de la población directa e indirectamente, con consecuencias sociales de gran impacto a nivel global; tal es el caso de las adicciones y la violencia, fenómenos complejos de abordar. En este sentido, organismos internacionales y nacionales establecieron la necesidad de transversalizar dentro de los programas educativos en salud, temáticas vinculadas con el consumo de drogas, violencia y la

equidad. Para llevar a cabo lo anterior, es necesario identificar claramente la epidemiología de los fenómenos a nivel mundial, de América Latina, Nacional y local, de manera tal que los futuros profesionales puedan 1) identificar el fenómeno y actuar cuando lo reconozcan en los pacientes o usuarios de los sistemas de salud y 2) los identifiquen y actúen cuando los fenómenos se presenten en ellos mismos, considerando la perspectiva de género. Con base en lo anterior, es que se desarrolla el presente documento, mostrando de manera general la relevancia de abordar en los currícula de pregrado y posgrado, las temáticas ya señaladas, de manera tal que se cuente con los elementos necesarios para su abordaje en la vida diaria.

Palabras clave: genero, violencia, adicciones, derechos humanos, curriculum, salud.

Abstract

The health care professional, to participate directly in the health care of individuals, is called to participate in multiple public health phenomena that affect the welfare of the population directly and indirectly, with great social consequences of global impact ; such is the case of addictions and violence, to address complex phenomena. In this sense, international and national agencies established the need to mainstream within the education health programs, topics related to drug use, violence and equity. To accomplish this, it is necessary to clearly identify the epidemiology of the worldwide phenomena, Latin America, National and local levels so that future professionals to 1) identify the phenomenon and act when they recognize in patients or users of health systems and 2) identify and act when the phenomena occur in themselves, considering the perspective of gender. Based on the above, is that this document is developed, showing the relevance generally addressed in the undergraduate and graduate curricula, thematic already mentioned, so it has the necessary elements for its approach in daily life.

Key words: Gender, violence, addictions, human rights, curriculum mainstreaming, health.

Fecha recepción: Febrero 2012

Fecha aceptación: Marzo 2012

Introducción

Actualmente la violencia y las adicciones, tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. En particular, los estudiantes universitarios han atraído progresivamente la atención de investigadores en el campo de la salud, pues frecuentemente presentan distintas dificultades que afectan su bienestar y les impiden una adaptación adecuada, lo que puede manifestarse en trastornos del estado de ánimo, conductas de riesgo y antisociales que se pueden consolidar en patrones desadaptativos y trastornos severos de personalidad (Cova-Solar y cols., 2007).

La cualificación profesional es un requisito cada vez mayor en la sociedad, por lo que estudiar, puede ser un factor de estrés entre los estudiantes que se preparan para una profesión, la vida académica representa un aumento de responsabilidad, ansiedad y competitividad, aunado al hecho de que muchos de los estudiantes requieren trabajar (De Lucena y cols., 2012), lo que puede influir negativamente en la relación estudiante-docente, en sus expectativas y percepción sobre sus propias potencialidades para aprender determinados contenidos, o en su real desempeño. En este contexto, la presión académica propia de la vida universitaria se da a partir de cambios considerables en relación con el sistema de enseñanza escolar (Rioseco citado por Cova-Solar y cols, 2007).

En el área de la salud y particularmente en enfermería, este estrés académico aumenta conforme el estudiante progresa en sus estudios, por las altas cargas de trabajo, pero también por coincidir con una etapa de la vida en la que se enfrentan a muchos cambios en su vida tales como separación de la familia, la incorporación al mercado laboral y la adaptación a un medio poco habitual (Pulido, 2011) como lo es el ámbito hospitalario. Por lo anterior, los factores desencadenantes que implican cambios en las rutinas de la vida cotidiana de los estudiantes de enfermería, pueden ser amenazantes y en muchos de los casos, el afrontamiento hacia ellos no es asertivo y puede generar problemas en su salud tanto física como mental (Lazarus y Folkman, 1984).

En este sentido, diversos estudios han identificado que los trastornos mentales más frecuentes en estudiantes universitarios son depresión, trastornos de la ansiedad, consumo abusivo de alcohol y sustancias psicoactivas, aunque también destacan otros problemas emergentes como son los trastornos alimentarios, conductas autoagresivas e ideación suicida y trastornos de la personalidad;

enfermedades crónicas, enfermedades cardíacas y fallas en el sistema inmune y, complementariamente, fracaso escolar y pobre desempeño académico (Micin, 2010; Pulido, 2011).

Estos trastornos además, se asocian con características de la personalidad que poseen los estudiantes y que pueden ser de-tonadoras o reguladoras de perturbaciones significativas en la esfera personal y social, por lo que los estudiantes requieren un reforzamiento integral por parte de las instituciones universitarias, con la finalidad de evitar conductas no saludables, como el consumo de drogas y la violencia.

Con respecto a la conducta de consumo, en los últimos veinte años el uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud y seguridad pública en el mundo con graves consecuencias a nivel individual, de integración familiar y en el desarrollo social (CONADIC-SSA, 2011). Además de ser el principal problema de salud pública en los países desarrollados y en vías de desarrollo, pues afecta los ámbitos familiares, económicos y sociales, también se ha demostrado que el mayor consumo corresponde a drogas farmacológicas auto medicadas y el alcohol por separado o combinado con ellos que pueden ser originados por la personalidad del adulto joven que es portador de una historia propia (Bermudez-Herrera, Silva, Priotto & Sampaio, 2011).

En relación con la violencia, la literatura señala que los servicios sanitarios no se encuentran alejados del fenómeno de la violencia; en el personal de salud las conductas violentas se han identificado en las salas de emergencia, hospitales psiquiátricos, hogares para adultos mayores y en lugares de atención pre-hospitalaria (Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert, & Nienhaus, 2010; Gates & Gillespie, 2011). En estas instituciones, la violencia se ha vuelto en un ciclo vicioso donde usuarios, prestadores de salud y futuros profesionistas se ven envueltos, ya sea como víctimas o bien como agresores (Rodríguez & Paravic, 2013).

En este sentido, es necesario que los trabajadores enfermería, esten documentados en esta temática por dos motivos: 1) para poseer los elementos necesarios para identificar la violencia vivida por pacientes tanto del género femenino como del masculino y 2) para ser capaces de reconocer cuando la violencia esta siendo provocada o vivida por ellos mismos.

Lo expuesto anteriormente nos plantea entonces, la necesidad de desarrollar un currículo abierto, flexible y diversificado que favorezca la disminución de la problemática en la cual se hallan inmersos sus estudiantes, de modo que por medio de la transversalidad curricular pueda establecerse una relación entre los aprendizajes escolares y los aprendizajes necesarios para la vida.

Actualmente, una de las vertientes fundamentales para el desarrollo de una sociedad es la perspectiva de género, misma que desde la política educativa esta delineada como eje transversal tanto en los currícula, como en los programas institucionales que se desarrollan en los diferentes niveles educativos. Solo una propuesta educativa que busque tener un impacto en las relaciones, acciones y resultados más equitativos debe partir necesariamente de la transversalización de la perspectiva de género, como medio idóneo para facilitar la sensibilización y formación en género de los estudiantes.

LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DESDE LA PERSPECTIVA CURRICULAR

Violencia y adicciones dos problemáticas que se entrelazan

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. La OMS (2012), refirió que a nivel mundial, ocurrían 2.5 millones de muertes cada año de las cuales, alrededor de 320,000 correspondían a jóvenes de entre 15 y 29 años de edad. En el caso de las Américas, el consumo promedio de alcohol per cápita era de 8.7 litros, ubicándose por encima de la media global de 6.2 litros (OPS, 2012), en tanto que el consumo per cápita promedio en México era de 7.7 litros y existían 4 millones 168 mil 63 personas que presentaban abuso o dependencia al alcohol, siendo la mayoría hombres (3 millones 497 mil 946 personas), sin embargo, las mujeres adolescentes con dependencia al alcohol eran más que las mujeres adultas (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, 2011a).

Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, se estimó que el 21.7% de la población mexicana entre 12 a 65 años, era fumadora activa y 26.4% ex fumadora; la edad

promedio de inicio es de 20.4 años, con un consumo diario de 6.5 cigarrillos y un 11.4% de fumadores que habían desarrollado adicción. En la encuesta se enfatiza el hecho de que los fumadores adolescentes activos y que fumaban diariamente, inician su consumo a los 14.1 años y fuman 4.1 cigarrillos al día, encontrando un 8.1% de adictos a la nicotina. Un aspecto relevante es el reporte de exposición al humo de tabaco ambiental, el que se ha incrementado 6.9% en los últimos tres años, siendo el consumo de tabaco en el hogar (la principal fuente de exposición), seguido por el lugar de trabajo y escuela (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, 2011b).

El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2011), refirió que alrededor de 150 personas fallecen diariamente a causa de alguna de las 40 enfermedades relacionadas con el tabaquismo y se estimaba que el país gastaba aproximadamente 30 mil millones de pesos anuales en la atención de estos problemas de salud. Por otra parte, en poblaciones urbanas, uno de cada tres menores de 18 años de edad reportó que ingería bebidas con alcohol, mientras que en poblaciones rurales esta proporción

fue del 14%. El consumo era más frecuente entre los 18 y 49 años, se calcula que 2,841,303 personas sufrieron dependencia alcohólica y que el 18% de ellos requirió de tratamiento específico, de igual forma se menciona que en salas de urgencias médicas el elevado nivel de ingresos por lesiones (21%) esta asociado con consumo de alcohol.

El alcohol es la sustancia potencialmente adictiva que se utiliza con mayor frecuencia por los adultos jóvenes, más del 50% de personas entre 18 y 29 años había consumido bebidas alcohólicas al menos una vez en el último mes, en la Ciudad de México se ha encontrado que más de la mitad de las mujeres y cerca de dos terceras partes de los hombres en edad de recibir educación superior consumían regularmente bebidas alcohólicas (Díaz et al., 2008), en tanto que en adolescentes en población abierta, el consumo de drogas era el principal predictor de la presencia de ideación suicida, y esta se ha reportado en jóvenes de educación superior en porcentajes similares en ambos géneros (27% en las mujeres y 30% en los hombres), pero con diferencias en las variables predictivas de la ideación suicida; la autoestima es la variable protectora de la ideación suicida; en los hombres, la variable predictiva son las respuestas agresivas de afrontamiento de los problemas familiares y en las mujeres, el estrés social con el grupo de pares (Rosales, Córdova y Ramos,

2012).

En la ENA 2011, se documenta que la Ciudad de México (23.6%) y la Región Centro (18.8%), reportan la mayor pre-valencia para consumo alto de alcohol, en tanto que para el consumo de tabaco el Distrito Federal es la región con más alta prevalencia (20%), seguida por la región Occidental (16%) y en tercer lugar la región Centro (14.6%), es decir, Querétaro se ubicaba en las regiones de más alto consumo de alcohol y tabaco.

En el Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2011), se menciona que a pesar de los esfuerzos realizados y de la atención prestada en la reducción de la demanda de drogas, el consumo en los últimos años sigue en aumento y teniendo efectos graves, pues a nivel mundial 210 millones de personas consumen drogas y casi 200 000 de ellas mueren a causa de dicho consumo cada año.

En este contexto, el tabaquismo y el alcoholismo son las drogodependencias más extendidas en las sociedades actuales posiblemente derivado del significado positivo que dicho consumo representa, de ahí que, se incremente su uso y abuso entre la población joven, de tal suerte que el tabaquismo y alcoholismo sean la la primera y tercera causa de años de vida con disca-pacidad (OPS, 2008 ; Manrique-Abril, Ospina y García-Ubaque, 2011).

Un aspecto relevante en el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, es la permisividad social, ya que en la medida que los jóvenes estan de acuerdo en que a su edad es normal que se realicen conductas de riesgo, mayor será la probabilidad de que se involucren en el consumo de drogas, por lo que actitudes de tolerancia o aceptación ante el consumo de sustancias lícitas, refuerzan este comportamiento grupal (Palacios y Cañas, 2010).

De esta forma, numerosos fenómenos sociales relacionados con la salud física y mental de los individuos, se han vinculado con la iniciación y progresión del uso de drogas, donde la red social (amigos, familiares, conocidos), se pueden constituir como un factor de riesgo (Galván, Serna y Hernández, 2008), debido al significado que los integrantes de un grupo social otorgan al consumo de alcohol y tabaco.

Por lo anterior, el consumo de sustancias adictivas entre los adolescentes universitarios se perfila como un problema de salud pública, motivo por el cual, debe ser un asunto prioritario en la agenda de las instituciones educativas, de salud y legislativas, debido al enorme impacto de las enfermedades mentales en el mundo y en México.

Por otro lado, como otro problema de salud pública, se reconoce que el alcance de la violencia la cual se extiende no solo a poblaciones vulnerables o con limitaciones económicas, sino que también es un fenómeno que se vive en profesionales, como es el caso del personal de la salud, por lo que, como ya se señaló con anterioridad, debe estar documentado sobre estas temáticas, empezando desde la formación universitaria.

En este sentido, es necesario que los trabajadores del área de la salud, específicamente enfermería, esté documentado en esta temática por dos motivos: 1) posea los elementos necesarios para identificar la violencia vivida por pacientes tanto del género femenino como del masculino y 2) sea capaz de reconocer cuando la violencia esta siendo vivida por esta.

Para lograr lo anterior, antes que nada se debe partir del conocimiento de la epidemiología actual del fenómeno, incluyendo no solo el número de casos, sino perspectivas y posturas tanto de hombres como mujeres, por lo que a continuación se presentará un panorama general sobre el tema:

- En relación con el conocimiento que tienen profesionales del área de la salud sobre temas relacionados con la violencia, se encuestó a médicos obstetras, enfermeros, residentes, etcétera, de un Hospital General de Caracas, Venezuela. Los resultados encontrados fueron los siguientes: 87% señalaron que conocen leyes para la protección de la mujer, sin embargo, se detectó que en realidad no conocen la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el 45.7% señaló que durante la atención de la mujer embarazada, ha detectado actos de violencia hacia esta, siendo el médico el maltratador (señalado por 42.8% de los participantes) y el personal de enfermería (identificado por el 42.5% de los encuestados)

(Faneite, Feo, & Merlo, 2012).

- Con respecto a la percepción que los estudiantes de Enfermería tienen sobre la violencia de género, en un estudio donde se aplicaron 265 cuestionarios a estudiantes de la carrera ya mencionada, se encontró que estos tienen acceso a información sobre género en revistas (87.2%) y páginas Web especializadas en el tema (80.6%). Así mismo, 95.5% señaló que es capaz de reconocer formas de violencia física, 88.7% psicológica, 73.6% sexual y 28.3% otras formas de violencia (Macías y cols., 2012).
- Sobre la Violencia Basada en el Género, una encuesta realizada a 36 jefes de Hospitales Generales de Agudos en Buenos Aires, arrojó que 49.7% señaló tener pocos o insuficientes conocimientos sobre el tema, 33.3% indicó desconocer la existencia de grupos de ayuda sobre el tema o si existen albergues para las víctimas (32.9%), aunque el 84% expresó conocer lugares de asesoría legal, lo que contrasta con el hecho de que 32.5% desconoce la existencia de leyes específicas sobre la violencia familiar. Uno de los puntos más críticos fue que 72.5% de los participantes, manifestó desconocer cuál es la responsabilidad legal del personal de salud cuando recibe a algún paciente, sobre todo si es mujer, que ha sufrido Violencia Basada en Género.

Como se puede observar, el fenómeno no solo es visto por los profesionales de la salud de manera “indirecta” al recibir o atender personas afectadas por la violencia o el consumo de drogas, sino que ellos mismos pueden ser actores directos.

Sobre el consumo de drogas en el personal de salud, este es un fenómeno bastante bien reconocido y estudiado. Desafortunadamente, las investigaciones sobre la violencia en los lugares de trabajo son difíciles de realizar, ya que el diagnóstico y más la comprobación del fenómeno son complejos, esto por el miedo del personal a perder sus trabajos, a verse inmiscuido en cuestiones legales, a perder credibilidad, etcétera (Miret y Martínez, 2010).

Dentro del ámbito de la salud, Miret y Martínez (2010) reconocen múltiples factores de riesgo que pueden promover la violencia.

| Efectos sobre la persona | Efectos sobre la organización |
|---|---|
| - Disminución de la motivación, implicación y rendimiento laboral | - Incremento del absentismo laboral y pérdida de horas de trabajo |
| - Disminución de la autoestima | - Descenso de la calidad de la asistencia |
| - Despersonalización | - Deterioro del ambiente laboral |
| - Síntomas psicósomáticos | - Deterioro de la imagen institucional |
| - Alteraciones emocionales | - Incremento de los costes por medicina defensiva |
| - Pensamientos negativos sobre sí mismo, la profesión y la organización | - Insatisfacción de usuarios y profesionales |
| - Afectación de los rendimientos cognitivos | - Deterioro de la relación entre profesionales y usuarios |
| - Conductas de evitación en el trabajo | - Conflictos laborales |
| - Afectación a la realización profesional y personal | |
| - Afectación de las relaciones personales y sociales | |

Tabla 1. Factores de riesgo de violencia en instituciones de salud
 Fuente: (Miret & Martínez, 2010)

Una manera de poder llevar a cabo el estudio de la violencia laboral, es mediante el Modelo Interactivo de Violencia (Chappell & Di Martino, 2006), el cual se muestra en la figura 1.

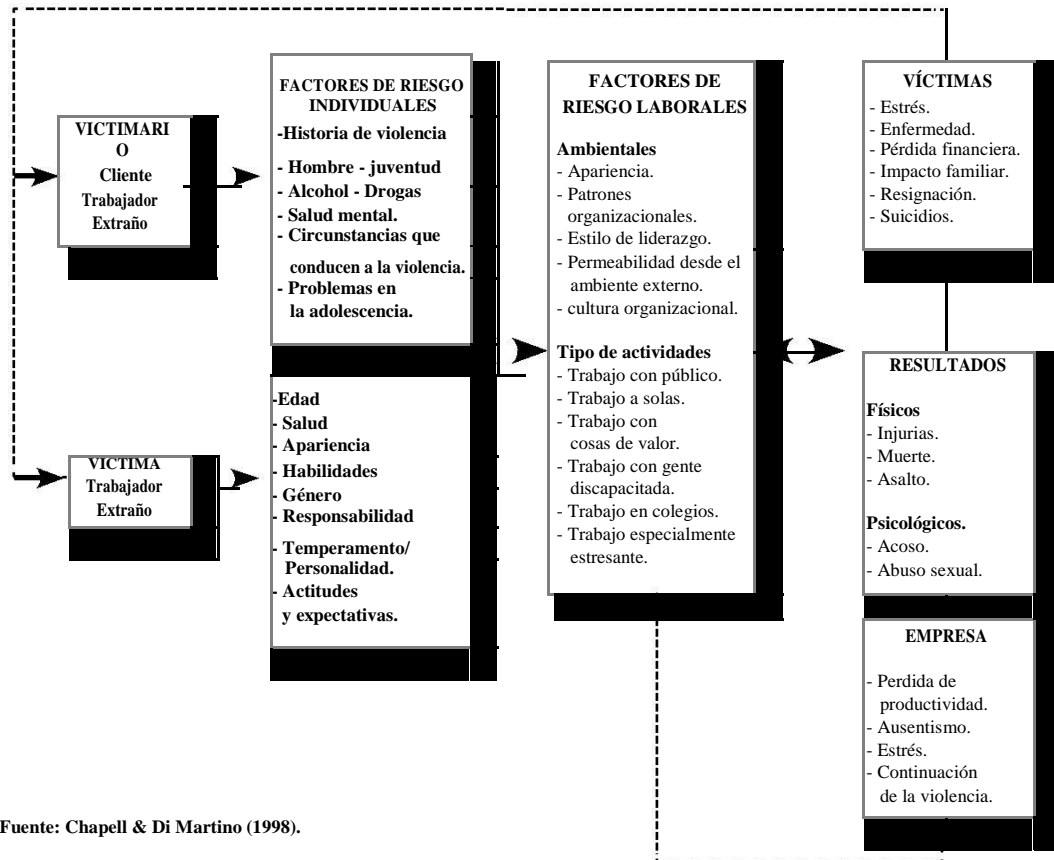


Figura 1. Modelo Interactivo de Violencia

Dicho modelo muestra que el círculo de la violencia laboral está rodeado de múltiples aspectos que lo influyen, como factores de riesgo individuales y aquellos que están relacionados con el ambiente. En este sentido, se identifica que tanto el usuario de los servicios de salud como el propio trabajador, pueden ser víctimas o victimarios y que las consecuencias de los actos de violencia pueden estar reflejados en aspectos físicos, emocionales, familiares, entre otros y que van más allá de lo personal, llegando a la institución misma.

Particularmente la hoy llamada violencia laboral, es una situación que afecta, a nivel institucional, la organización, dificulta las relaciones humanas, limita la atención de calidad, entre otros aspectos, generando en el personal consecuencias como estrés, estrés postraumático, síndrome de Burnout, inicio o aumento en el consumo de tabaco y otras drogas (Miret y Martínez, 2010).

Por lo anteriormente expresado, es de suma importancia que las instituciones educativas tomen acciones que lleven a contrarestrar las condiciones que a futuro puede tener repercusiones en su salud física y mental, pero también, en la calidad de la atención que otorguen a los usuarios de los servicios de salud, ya que el costo social y económico de la enfermedad mental es alto, pues impacta en la productividad del país por discapacidad evitable o muerte prematura, así como por la disfunción familiar derivada de la sobrecarga emocional que estos trastornos producen, las que requieren mayores subsidios sociales y de salud.

De esta manera, dentro de los programas de estudio de posgrado, se deben revisar y analizar contenidos que estén enfocados a (Miret y Martínez, 2010):

- Generar programas de salud y seguridad que consideren compromisos de gestión y participación de los trabajadores de las señales de peligro.
- Formación en seguridad.
- Formación de comités de seguridad.
- Salud y prevención del peligro.
- Control e información.

Perspectiva de género

Actualmente es sabido que los procesos de transformación que demanda el desarrollo social son realizados por mujeres y hombres genéricamente diferenciados. Los géneros son grupos biosocioculturales, contruidos históricamente a partir de la identificación de características sexuales que clasifican a los seres humanos corporalmente, y que asignan de manera diferencial un conjunto de funciones y formas de comportamiento.

De acuerdo con Marcela Lagarde (1996) se trata de un complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídicas, políticas y psicológicas, es decir, culturales, que

crean lo que en cada época, sociedad y cultura, son los contenidos específicos de ser hombre y ser mujer. De esta forma los obstáculos para el acceso y permanencia de mujeres y hombres en la educación son diferentes en función del género.

La Organización Mundial de la Salud ha mostrado con evidencias científicas que el género es un determinante social de la salud que impacta en las situaciones de riesgo y vulnerabilidad, así como en el diagnóstico, manifestación y desarrollo de una enfermedad, su atención y tratamiento, incluyendo las posibilidades de acceso a servicios de salud de mujeres y hombres. Las diferencias socioculturales entre hombres y mujeres son, sin duda, las que tienen mayor peso como determinantes de la situación de salud de ambos; las que han sido menos consideradas, y las menos reconocidas como fuente de inequidad y de des-ventaja para las mujeres. Estas diferencias, construidas históricamente, se refieren a las distinciones en la forma en que ambos son educados, los roles y estereotipos de conducta que se mantienen socialmente como aceptables para mujeres y hombres, la manera de relacionarse entre ellas y ellos y, en particular, la posición de poder y dominio de los varones frente a la subordinación y falta de poder de las mujeres, que influyen en las posibilidades de acceso y control de bienes y servicios de salud. Todo esto es conocido como las inequidades de género con impacto en la salud.

En México, aún cuando el sistema de salud ha logrado avances importantes en materia de Protección Social en Salud, pre-senta algunas debilidades por el rezago y los riesgos y problemas de salud emergente, así como por las brechas en la atención a la salud de las mujeres y los hombres. Actualmente, la esperanza de vida alcanza los 78 años para las mujeres, mientras que para los hombres es de 73 años. Sin embargo, aunque viven más, las mujeres tienen mayores problemas de morbilidad y años de vida saludable perdidos que los hombres. Asimismo, las brechas de género y el impacto de este determinante social en la salud se observan a través de la información en salud desagregada por sexo desde el año 2003:

- El riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres y segunda causa de pérdida de años de vida saludable
- Accidentes y homicidios son causas importantes de muerte en los varones, como resultado de

mayores comportamientos de riesgo y violencia. El riesgo de los hombres de morir en un accidente es casi cuatro veces mayor que el de las mujeres.

- Cáncer del cuello del útero y el cáncer de mama son los que más muertes ocasionan en las mujeres, mientras que en los varones se trata del cáncer de tráquea, bronquios, pulmón y próstata.
- En comunidades indígenas, la principal causa de muerte de las mujeres es la diabetes seguida de las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular y la cirrosis hepática.
- Además, el riesgo de morir por cirrosis hepática es 1.8 veces mayor en las mujeres indígenas que en el resto de la población.
- En salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, las problemáticas actuales orientan hacia inadecuada atención y calidad de los servicios de salud
- La mortalidad de mujeres por VIH/SIDA ha tenido un ligero incremento entre 1997 y 2004, aún y cuando en los hombres se redujo en un 14% en el mismo periodo.
- Daños asociados a violencia familiar, sexual y de género.

La mayor causa de años de vida saludable perdidos en las mujeres es la depresión unipolar, que generalmente se asocia con la violencia. Las diferencias en la distribución de las proporciones de las causas de muertes entre mujeres y hombres indican también ciertas diferencias en los riesgos, más claramente asociados al género, en tanto mujeres y hombres desempeñan actividades consideradas femeninas o masculinas, además viven y conciben los riesgos de manera distinta, por ejemplo la construcción socio-cultural de la masculinidad implica que los hombres vinculen sus cuerpos con la dureza, la fuerza y la violencia, ingieran más alcohol y tabaco, y tengan una actitud más competitiva que los lleva a arriesgarse más, sobre todo en las etapas más productivas de su vida.

De acuerdo con los datos expuestos, resulta de gran relevancia considerar no solo las diferencias biológicas existentes respecto a riesgos y daños a la salud entre mujeres y hombres, sobre todo en padecimientos que afectan a ambos sexos, sino su asociación con factores socioculturales

claramente diferenciados por género.

La transversalidad curricular en el área de la salud.

En el documento elaborado en 2006 por la Asociación de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) “Consolidación y cambio de la Educación Superior en México, Diagnóstico y Propuestas” se señala que la educación superior impulsa como ejes centrales elevar la calidad, la equidad y la pertinencia social de los estudios universitarios y define como objetivo de la calidad educativa mejorar y asegurar la calidad de todos y cada uno de los procesos y resultados educativos, administrativos y de gestión, a efecto de formar profesionistas científicos, humanistas y especialistas en las distintas áreas del conocimiento, la formación de ciudadanos, con valores, actitudes y aptitudes para la significación humana en función del desarrollo social y económico, a través de la generación del conocimiento, buscando mantenerse a la vanguardia de la investigación humanística, científica y tecnológica, con responsabilidad social.

En este sentido, se ha insistido en que la educación superior es fundamental en la transmisión generacional del conocimiento, así como su producción, creación y por su responsabilidad histórica de promover un pensamiento crítico y cambios culturales a favor de los procesos de democratización y justicia social. Por ello, es fundamental la incorporación en igualdad de oportunidades a la educación superior, particularmente, el acceso, permanencia y promoción de las mujeres que constituyen la mitad de la población de nuestro país.

Por otra parte, es importante mencionar que en la Declaratoria de la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe (2008) donde participó México quedó implícito que “para dar satisfacción al aumento de las exigencias sociales por Educación Superior se requiere profundizar en las políticas de equidad para el ingreso e instrumentar nuevos apoyos públicos a los estudiantes”. “Es necesario promover el respeto y la defensa de los derechos humanos, incluyendo el combate contra toda forma de discriminación, opresión y dominación; la lucha por la igualdad, la justicia social, la equidad de género”.

En este orden, en el año 2009 las instituciones de educación superior y las universidades públicas, nacionales y estatales, y sus representantes, en la “I Reunión Nacional de Universidades

Públicas. Caminos para la Equidad de Género en las Instituciones de Educación Superior”, convocada por el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM, la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados y el Instituto Nacional de las Mujeres, con el propósito de arribar a consensos que buscan promover la igualdad de oportunidades entre las mujeres y los hombres que integran las comunidades universitarias, declararon que:

“Las universidades y las instituciones de educación superior y, siguiendo principios y normativas nacionales e internacionales, en particular la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, están comprometidas a promover, en sus reglas de operación internas, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres así como a impulsarla en la sociedad. En consecuencia, el conjunto de instituciones que imparten educación superior en nuestro país deben interesarse en transversalizar la perspectiva de género de manera orgánica”. Los temas transversales según Zúñiga (1998:10) “son contenidos curriculares que se refieren a temas actuales que están íntimamente relacionados con principios, actitudes y valores”; por tanto, la transversalidad curricular se refiere a los contenidos actitudinales y axiológicos presentes en diferentes asignaturas o materias los temas considerados transversales se constituyen en un elemento imprescindible en todo programa educativo, toda vez que cruzan todas las dimensiones de la persona, favoreciendo la integralidad y dotándola de sentido, dejando atrás el currículo tradicional dividido en parcelas del conocimiento y llevando a un conocimiento global.

Monclus (1999, citado en Moreno, 2004) plantea tres posibilidades para lograr el objetivo antes señalado, con cualquier elemento o tema que permee todo el currículo: “Los temas transversales en primer lugar se plantean como contenidos que hacen referencia a problemas y conflictos de gran trascendencia, que se producen en la actualidad y frente a los que es urgente la toma de posiciones personales y colectivas (...). En segundo lugar, son contenidos relativos principalmente a valores y actitudes, a través de su programación y desarrollo, así como de su análisis y comprensión de la realidad; se pretende que los alumnos elaboren sus propios juicios ante los problemas y conflictos sociales, con capacidad para adoptar actitudes y comportamientos basados en valores que sean asumidos de forma racional y libre (...) en tercer lugar, son contenidos que han de desarrollarse dentro de las áreas curriculares, y ello en una doble perspectiva, es decir, acercándolas y contextualizándolas en ámbitos relacionados con la realidad y con los problemas del mundo actual,

y dotándolas de un valor funcional o de aplicación inmediata respecto a la comprensión y a la posible transformación positiva de dichos problemas así como de la realidad misma ”.

La transversalidad se refiere a una estrategia curricular mediante la cual algunos ejes o temas considerados prioritarios en la formación de nuestros estudiantes, permean todo el currículo, es decir, están presentes en todos los programas, proyectos, actividades y planes de estudio contemplados en el Proyecto Educativo Institucional de una institución educativa. La transversalidad curricular implica como lo afirma Fernández (2003) “la utilización de nuevas estrategias, metodologías y necesariamente formas de organización de los contenidos”.

Moreno (2004) entiende la transversalidad curricular como el “conjunto de características que distinguen a un modelo curricular cuyos contenidos y propósitos de aprendizaje van más allá de los espacios disciplinares y temáticos tradicionales, desarrollando nuevos espacios que en ocasiones cruzan el currículum en diferentes direcciones, en otras sirven de ejes a cuyo alrededor giran los demás aprendizajes, o de manera imperceptible y más allá de límites disciplinares impregnan el plan de estudio de valores y actitudes que constituyen la esencia de la formación personal, tanto en lo individual como en lo social ”.

En el caso de la facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (FEN-UAQ), la transversalidad se constitu-yó como una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias que se tienen con respecto a la violencia y al consumo de drogas, pueda permearse en los procesos de formación de los profesionales de la salud, como un elemento integrante para la puesta en marcha, control y evaluación de su quehacer universitario, de manera que puedan beneficiarse de ello en condiciones de igualitarias y no se perpetúe la desigualdad. En este sentido, la FEN-UAQ establece como política institucional, la incorporación de la perspectiva de género en todos sus currícula: en la maestría en Ciencias de Enfermería (2009), en la Licenciatura en Enfermería (2011), en la Especialidad en Salud Pública (2012) y en el programa de Licenciatura en Fisioterapia (2013).

La transversalización curricular por tanto, se convierte en una herramienta de la Intervención Pedagógica que nos permite incorporar al discurso educativo orientaciones definidas para la generación de otras formas de mirar la realidad en los egresados, con ello, se pretende participar en el desarrollo de una cultura universitaria de equidad e igualdad, formar personas más conscientes, justas y por tanto más éticas. Esto es, incidir a través de la formación universitaria de nuestros egresados, en un cambio social en positivo, que no solo coadyuve a contrarrestar los problemas de salud pública que aquejan a nuestra sociedad, sino trascender a través de la formación profesional. Sabemos que el proceso de transversalización es lento y de largo plazo, que requiere de la participación de todos los implicados en el currículum. Su abordaje implica vencer las resistencias y necesidades de manera sistemática; así como sus implicaciones subjetivas y personales. En otras palabras, se requieren esfuerzos importantes para trasladar la retórica de la transversalidad a la realidad y la práctica en las aulas.

Bibliografía

- Alemán, M., Vernaz, D., Tilli, G., Mazur, V., Rossi, B., Marconi, A., Pannia, K., et al. (2010). Artículos originales. *Rev. Argent Salud Pública*, 1(5), 22–27
- Asociación de Universidades e Instituciones de Educación Superior (2006) Consolidación y cambio de la Educación Superior en México, Diagnóstico y Propuestas, México: ANUIES.
- Faneite, J., Feo, A., & Merlo, J. T. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 72(1), 4–12.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC health services research*, 10, 51. doi:10.1186/1472-6963-10-51
- García, L. (1989). La educación: Teorías y Conceptos Perspectiva Integradora. España: Paraninfo.
- Gates, D. M., & Gillespie, G. L. (2011). Violence Against Nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing econo-mics*, 29(2), 59–66.
- Lamas, M. (2003). El género: La Construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG-UNAM.
- Lazaruz, R., Folkman S. (1986). El concepto de Afrontamiento en Estrés y procesos cognitivos, Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca. S.A.
- Micin S, Bagladi V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil, *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64
- Monclus, A. & Sabán, C. (1999). Educación para la paz. Madrid: GRAO

Pedroza, R & García, B. (2005). Flexibilidad académica y curricular en las instituciones de educación superior. México: UAEM, Porrúa.

Pimienta, J. (2008). Evaluación de los aprendizajes, un enfoque basado en competencias. México: Pearson Educación.