

“Comunicación y atención en salud: una mirada latinoamericana y decolonizadora”

Communication and health: a latin american and decolonial perspective

Mónica Suárez

Título Abreviado
Comunicación y atención en salud

Información del Artículo
Recepción: 7 de septiembre de 2015
Aceptación: 18 de diciembre de 2015

RESUMEN

La colonización de América en el siglo XV sigue teniendo impacto actualmente en la sociedad. Conductas coloniales son aceptadas y vividas normalmente, incluso en la atención en salud. Los profesionales aún no han hecho consciente la matriz colonial de poder y, por tanto, replican un muro comunicacional a través de la autoridad que ejerce el kinesiólogo, el médico, el nutricionista o cualquier otro profesional sobre el paciente, considerado un “Otro”. A su vez la otredad también afecta a los expertos del movimiento quienes, ante la falta de autonomía, parecen estar por debajo de médicos y enfermeras. Ante la falta de empoderamiento gremial, esta jerarquía se sigue comunicando a través de los años, por lo que se hace necesario y urgente dar un giro decolonial al pensamiento, hacer conscientes procesos y repensar la comunicación y Latinoamérica desde la profesión.

Palabras claves: comunicación, colonización, giro decolonial, atención en salud.

ABSTRACT

The colonization of America in the fifteenth century still impacts on society today. Colonial behaviors are accepted and lived normally, even in healthcare. The professionals are not aware of the colonial matrix power yet and, therefore, replicate a communication wall through authority which the physiotherapist or any other professional exercises over the patient, considered as an “Other”. And in turn at the same time, the otherness also affects to the movement experts who, due to the lack of autonomy, seem to be under doctors and nurses. Considering the lack of trade-union empowerment, this hierarchy is still communicating over the years, hence it is necessary and urgent to give a colonial spin thought, carry out conscious processes and rethink the communication and Latin America from the profession.

Key words: communication, colonization, colonial turn, healthcare.

Comunicación y atención en salud: una mirada latinoamericana y decolonizadora

La comunicación es un término constantemente abordado en la cotidianidad. En un mundo inmediato marcado en gran medida por las redes sociales y los dispositivos inteligentes, se da por hecho que nos comunicamos. Sin embargo, quedan de lado varias aristas de este campo que, si bien, es mayormente estudiado por las Ciencias Sociales, es vital para todas áreas del conocimiento.

Muy pocos planes de estudio en Kinesiología y en otras carreras de la salud incluyen la comunicación. Los que lo hacen, la reducen a los ámbitos de la ortografía y la redacción. Algo no menor que debe ser prioridad en la formación, sobre todo porque las fichas clínicas son documentos legales.

Es más, es tan importante saber escribir que, aunque no parezca, puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte. Así ocurrió en 2009 con una menor de 6 años quien ingresó al Hospital Regional de Talca. Allí le realizaron un procedimiento ambulatorio en el paladar, luego de lo cual presentó muerte cerebral y, finalmente, fue desconectada del respirador artificial. Según las investigaciones recibió al menos 6 dosis de morfina, unos 11 mg en 7 horas¹.

Las hipótesis que se manejaron en ese momento apuntaron a que las indicaciones en la ficha clínica fueron ambiguas. Es más, según dio cuenta la prensa nacional, a la niña le prescribieron paracetamol y no morfina.

Una negligencia que derivó en la formalización por cuasi delito de homicidio de dos médicos, dos enfermeras y de una paramédico. Algo que, al final de cuentas, no le devolvió la vida a la pequeña ni el consuelo a sus familiares.

Por un lado, entonces, se hace énfasis en la ortografía porque las universidades deben nivelar en esta área a muchos de sus estudiantes; y por otro, queda un vacío en el uso de la comunicación desde las relaciones interpersonales y aterrizadas a lo que los profesionales de la salud son: personas que tienen contacto con otras personas que, derechamente, necesitan ayuda y una atención eficaz.

La necesidad de una comunicación eficaz intrahospitalaria

Urgencia colapsada, gente hospitalizada en sillas durante días, negligencias, personal desentendido con la realidad de quienes están a su alrededor. Eso es lo que, en ocasiones, se ve en los centros médicos. En este punto la palabra atención se vuelve clave. ¿Qué es lo que hace que los pacientes nos sintamos satisfechos? ¿Cómo queremos los pacientes que sea la comunicación al interior de los establecimientos de salud? Parte de esas preguntas están respondidas en un estudio realizado en 2013 por la Superintendencia de Salud de Chile. En él se identificaron los elementos que contribuyen a la satisfacción en la atención, todo desde la perspectiva de los usuarios².

En el informe se indica que “No basta salir sano, sino que su valoración (la del usuario) va más allá (...). Identifica 7 variables importantes que definen la vara con que miden su estadía en el hospital y distinguen cuatro de ellas como las principales que son: personal cálido y humano, información clara en términos “no médicos”, apoyo físico y psicológico y rapidez en la atención”³.

Otra investigación publicada en el 2015, muestra las diferencias en el trato según el tipo de persona. Esto de acuerdo a la percepción de los pacientes mayores de 18 años que se han atendido en los últimos 12 meses en centros de salud del Gran Santiago, Antofagasta, Gran Coquimbo, Gran Valparaíso, Gran Concepción, Temuco, Puerto Montt y Coyhaique⁴.

De acuerdo con los resultados, personas de escasos recursos, inmigrantes, indígenas, gente de zonas rurales y adultos mayores son consideradas “peor tratadas que los demás”⁵ (Figura 1).

Invito a los lectores a pensar un momento en la cantidad de gente que esto implica. Según el último Censo oficial⁶ realizado en 2002, el 4,6% de quienes viven en Chile se considera perteneciente a algún grupo étnico (692.192), la población rural es del 13,4%, o sea, 2.025.602 personas. Los adultos mayores de 60 años representan el 11,4%, lo que significa 1.723.273 seres humanos. Para quienes son indígenas, con más de 60 años que viven en el campo, seguramente debe ser una verdadera desgracia ir a un hospital.

Pero no hay que olvidarse de los extranjeros. Oficialmente hay 184.464 inmigrantes en este país. Por supuesto que esta cifra es mucho mayor en la actualidad, el Censo de 2012⁷ habla de 339.536, pero, ante la poca confiabilidad del instrumento, nos ceñiremos a los números anteriores.

Quien escribe estas líneas tuvo la fortuna de nacer en Colombia. No desconozco que existen algunos compatriotas que ejercen la prostitución e, incluso, delinquen en el país. Son algunos, no todos. Sin embargo, ese parece no ser un racionamiento lógico que se les pueda exigir a ciertas personas que atienden en centros médicos y por eso la comunicación se vuelve ineficaz.

Mala atención, hastío frente al extranjero, nula explicación sobre un procedimiento, son solo algunas de las experiencias que se enfrentan no solo en el sistema público sino también en el privado.

Lamentablemente en esto los kinesiólogos han estado presentes. El año pasado en Talca en una evaluación kinesiológica, manifesté que mis dolores de espalda se incrementaban en actividades cotidianas como barrer o trapear. “Deje de hacerlo”, esa fue, para mi sorpresa, la respuesta del profesional.

En mi mente esas palabras no podían caber, es decir, esa respuesta no se espera de un profesional formado durante 5 años en el estudio del movimiento. Yo buscaba una evaluación, una medición, indicaciones para superar mi dolor de espalda y no para invalidarme frente a aspectos básicos de la vida doméstica de cualquier ser humano.

Cabe preguntarse entonces ¿en qué momento se pierde la sensibilidad? ¿En qué instante ponerse en los zapatos del otro empieza a importar tan poco? ¿Por qué ese tipo de conductas se repiten año tras año? ¿Acaso se comunican y se transmiten?

La configuración de otro

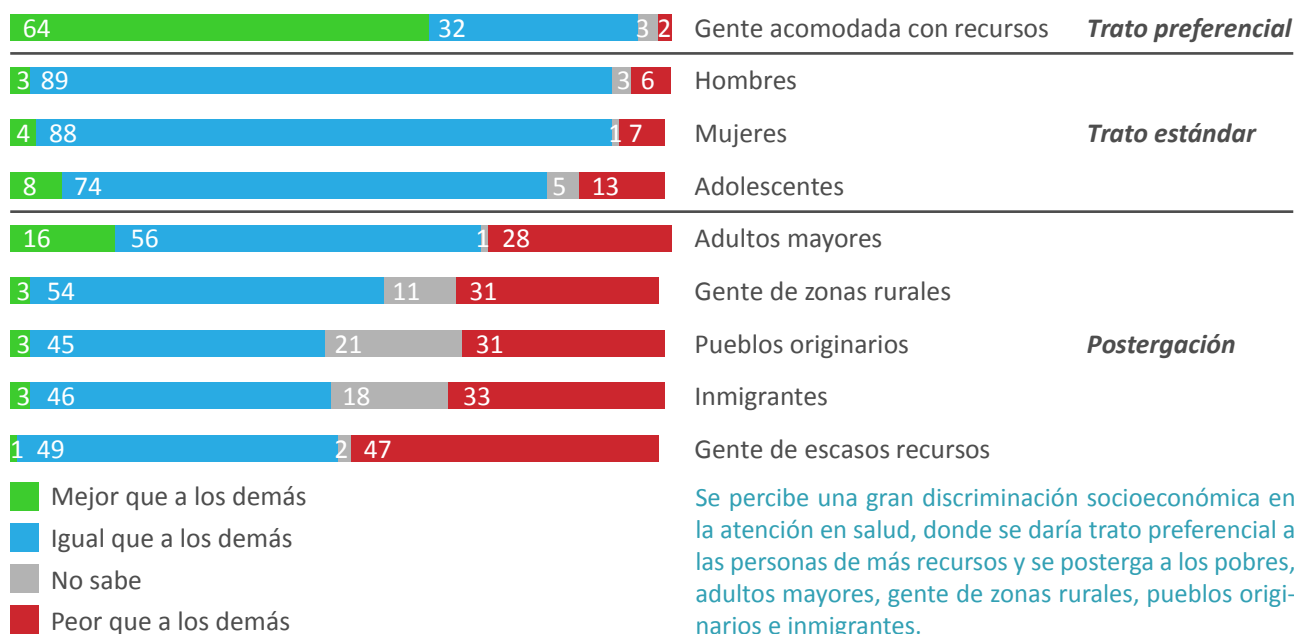
Para dar respuesta a estos cuestionamientos es necesario retroceder en la historia para explicar un concepto que Tzvetan Todorov, teórico belga, llama “otredad”⁸ y que no es más “la construcción que se hace del otro desconocido”. Es la manera en la que nos enfrentamos a ese otro diferente.

Marquemos como punto de inicio para esa otredad la Conquista de América, un hecho que no necesariamente es el génesis real pero que, sin duda, es un claro ejemplo.

Los españoles llegaron a América creyendo que era Asia. Se habían embarcado ladrones, ex presidiarios o vagabundos que, en la gran mayoría de los casos, no sabían leer ni escribir. En tierra firme se encontraron con los y las indígenas, con esos otros extraños, distintos, con una lengua inentendible que, desnudos, adoraban el Sol y la Luna.

Figura 1. Diferencias en el trato según tipo de persona. Gráfico incorporado en el Estudio de usuarios de salud respecto de la ley de derechos y deberes, realizado por la Superintendencia de Salud de Chile (2015).

D1. De acuerdo a su experiencia y a la de las personas que conoce, ¿cómo se trata a los siguientes tipos de personas cuando buscan atención de salud?



Lo anterior provocó un choque epistémico, es decir, un choque entre las maneras de ver y concebir el mundo. La episteme es el conocimiento y cada cultura tiene sus maneras de transmitirlo y eso se refleja en quiénes somos, cómo vemos el mundo, cómo actuamos frente a él. Se configura un Yo y un Nosotros.

En La República de Platón es donde encontramos el concepto de episteme que en griego significa conocimiento. Aquí la entenderemos, en palabras sencillas, como un punto de vista, teniendo en cuenta que este es un concepto que va más allá: un lugar de enunciación, según Mignolo⁹. Un conjunto de factores que confluyen para generar una forma de expresión, de moverse en el mundo, de entenderlo, interpretarlo, compartirlo y actuar en él. Este lugar de la enunciación, muchas veces es inconsciente pero responde a una episteme particular. Un palestino, un canadiense, un cubano, enuncian desde distintos lugares y, por lo tanto, poseen una episteme diferente a través de la cual explican el mundo.

Por esas diferencias, la primera reacción, espontánea, frente al extranjero es imaginarlo inferior, puesto que es disímil de Nosotros. El español comenzó a categorizar al indígena dentro de una matriz colonial de poder que no es más que una lógica que se sigue, el mismo sistema que impera. Una matriz en la que se tiene un sistema político y jurídico heredado de la colonialidad y en la que se considera al indígena un bárbaro, al negro un animal y al europeo un ser inteligente.

La categorización implicó el establecimiento de una jerarquía que, incluso es enseñada en la educación básica sin mayor racionamiento, pero a través de la cual se ejerce dominio del conocimiento, una transmisión del mismo europeizada (Figura 2).

Y aunque ya no somos, literalmente, una colonia española, sí se sigue comunicando esa otredad, pues es algo que va mucho más allá de las categorías. Se trata de un pensamiento colonial no superado, por eso Aníbal Quijano, sociólogo y teórico político, habla de la europeización cultural que se mantiene desde el siglo XV¹⁰.

Se da en la prensa. Ejemplo de ello es el discurso que los principales diarios colombianos usaron durante el cubrimiento del desalojo que los indígenas Nasa hicieron contra el Ejército. Estereotipificación, autorepresentación positiva de Nosotros y la representación negativa de Ellos, la enfatización de responsabilidad sobre la acción, la falta de voz y el desconocimiento epistémico,

marcaron las noticias publicadas al respecto¹¹. Por supuesto que Chile no ha sido ajeno a esta situación^{12, 13, 14}.

Comunicar la otredad desde lo cotidiano

No solo existe la dicotomía indígena/español, de esta se pasó a la de negro/español y a enfatizar la de mujer/hombre que, a través de los siglos se ha mantenido. Mujeres que se consideraban inferiores porque menstruaban, que no tenían derecho a votar, a estudiar o a trabajar fuera de su casa. Para muchos esa realidad ha cambiado y dirán que muestra de ello es que las mujeres ahora ocupan el cargo gubernamental más importante en Chile y Argentina. Un hecho que de ninguna manera iguala el estatus de la mujer porque no se ha hecho consiente la colonialidad a otros niveles poco explorados que se explicarán a continuación.

Siempre el olor de la vagina es un tema. “Olores delatadores” le llaman algunos publicistas y desarrollan campañas para la amplia oferta de “jabones íntimos”. ¿Cuál es el problema con el olor de la entrepierna femenina? ¿Por qué nadie se preocupa del olor de los penes?

Siguiendo en la misma zona del cuerpo femenino, la sangre que sale de él se convierte en televisión en un insulso líquido azul porque la menstruación sigue siendo un tabú. Es más, la palabra es casi un pecado y se evita a toda costa. Periodo o incluso, “estar enferma” sirven de sinónimos que hasta tienen nombres masculinos como “Andrés” en Chile o “Pacho” en Colombia.

Figura 2. Pirámide de organización social durante las colonias españolas en América Latina.



No solo los órganos femeninos siguen siendo colonizados y otrorizados, también nuestros roles sociales^{15, 16}. Prueba de ello, un famoso producto de limpieza en cuyo comercial un superhéroe masculino y musculoso llega como salvador a la cocina de una atareada mujer. Su papel se limita a entregar el limpiador. ¿Por qué no se queda a fregar? ¿Qué atractivo publicitario tiene encasillar a las mujeres en actividades domésticas? Todo responde a un modelo claramente patriarcal y colonizador que también se aplica en la atención en salud.

La otredad en la salud: la dicotomía kinesiólogo/paciente

La dicotomía más clara y evidente entre un Nosotros y un Otros es el kinesiólogo/paciente y, por supuesto, el investigador/investigado, pero nos centraremos en la primera.

El kinesiólogo ya no viene por un territorio, no mata a los pacientes para robarles el oro ni para evangelizarlos, pero sí adquiere una jerarquía frente al Otro porque tiene el conocimiento. Son los profesionales del movimiento quienes saben, con mayor claridad, lo que tiene el ser humano que llegó a su consulta.

Alguna vez el poeta norteamericano Henry David Thoreau se preguntó si podría haber un milagro mayor que vernos a través de los ojos de los demás por un instante. Cada persona que llega al hospital, a un consultorio, tiene una historia, una alegría, un sufrimiento por el que está pasando, puede estar en un estado tal que no comprende las indicaciones, no sabe qué es lo que le pasa.

Quizá si usted pudiera pararse en los zapatos de la otra persona, ver en ella reflejada a su abuela, a su hermano, a su mamá, a su mejor amigo, a usted mismo... Si pudiera escuchar, ver, sentir lo que ellos, usted los trataría diferente y conversaría diferente con ellos. En definitiva, se comunicaría distinto y se esforzaría el doble o el triple para que esa comunicación resulte eficaz.

Conozco varias personas que tuvieron que ir en un momento de sus vidas al kinesiólogo. Luego de un pequeño sondeo sin mayor protocolo encontré lo siguiente: a algunos la terapia les funcionó y lograron recuperar movilidad luego de una fractura. Otros decidieron abandonar el tratamiento a las 8 sesiones o menos. Las

quejas más frecuentes fueron: que no vieron resultados, que la atención no era muy personalizada, poco explicativa y que sintieron al profesional “experimentando” con ellos. Es decir, este no recordaba el diagnóstico ni las técnicas aplicadas con anterioridad y dejaba la impresión de que por ensayo y error iba a conseguir un método eficaz.

Y es que lo que sucede, en muchos casos, es que el kinesiólogo no sabe cómo enfrentarse al paciente, cómo explicarle, sobre todo cuando su nivel educativo es muy bajo. Se dice que el rol educativo en el área es importante pero no basta con entregar folletos. Se requiere aquí ahondar en la comunicación eficaz para, por ejemplo, convencer al paciente de que él mismo es artífice de su recuperación. Elemento que al interior de las escuelas no se trabaja y que, muchas veces, se deja de lado pese a que los alumnos tienen la obligación de realizar internados y franjas clínicas en donde están en constante contacto con personas

El kinesiólogo visto como un Otro

Si bien en la pirámide de la atención hospitalaria, el kinesiólogo está encima del paciente, la cúspide la ocupan otros profesionales. De hecho, en los estudios de la Superintendencia de Salud aquí citados, no se tuvieron en cuenta a los kinesiólogos. Enfermeras, médicos generales y especialistas sí, pero kinesiólogos no.

Vale la pena retomar lo que en REEM se ha intentado visibilizar a través de las editoriales: la autonomía de la profesión¹⁷. El código sanitario no da exclusividad en la prescripción de procedimientos kinésicos, aunque son los kinesiólogos los que realmente tienen la formación científica, los fundamentos teóricos y la capacidad de análisis para incorporarlos a la práctica de acuerdo a la individualidad del paciente.

Actualmente en Chile, el médico es quien decide y prescribe los tratamientos que, incluso, pueden estar equivocados porque un mismo diagnóstico médico en dos personas, puede involucrar dos diagnósticos y pronósticos kinésicos distintos. Ante esta situación, los kinesiólogos deben hacer un mea culpa porque falta un debate respecto a la autonomía del gremio. Un gremio que en algunas regiones no tiene representantes y pocos de los recién egresados se inscriben a través de sus colegiaturas. Claramente un problema comunicacional interno.

Urge una identidad propia, una mirada interna, no como capricho gremialista sino respondiendo a la necesidad de tener un profesional diferente con fundamentos científicos y metodológicos, con la capacidad de ver el movimiento y la enfermedad para proyectarlos en las personas que tiene una disfuncionalidad. En definitiva, un profesional con visión social y con la meta de aportar a su territorio.

La otredad en el ámbito clínico y académico

La falta de comunicación y la otredad también permea el ámbito académico. ¿Dónde queda la generación de conocimiento? ¿Por qué la mayoría de las escalas de medición que se usan son hechas en población europea o norteamericana? Prácticamente no se han generado datos referenciales a nivel latinoamericano que respondan a las necesidades y características propias.

Es más, el modelo de hospital, seguros médicos y protocolos en salud también se encuentran dentro de una matriz colonial de poder que no ha sido cuestionada del todo y que, en contextos indígenas, por ejemplo, no ha tenido éxito. Tal es el caso de La Guajira colombiana, departamento en el que, en los últimos 5 años, 4 mil 700 niños han muerto por desnutrición. Muertes evitables sin duda alguna, pero, debido al choque epistémico, la atención médica no es permitida por los adultos de la tribu¹⁸.

Es la reproducción de un conocimiento externo y poco adaptado al interior de las escuelas que, desde su creación hace 56 años, propende por el estudio del movimiento y su influencia en la salud. Sin embargo, sigue habiendo un alto índice de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades que ello acarrea.

Siguiendo nuevamente los postulados editoriales de REEM, pese a que las escuelas de Kinesiología dicen formar a quienes tienen la potestad de hablar del movimiento humano, de sus disfunciones, del sedentarismo y los múltiples problemas que este conlleva, son otros quienes izan estas banderas: nutricionistas, profesores de educación física y los mismos médicos¹⁹.

¿Por qué entonces no hay una red entre las profesiones de la salud, una mirada holística de ese paciente que necesita ayuda? Actualmente sucede que cada profesión arma su propio feudo y lo que dicen unos está totalmente desconectado de lo que dicen otros. Al final de cuen-

tas, nadie se comunica eficazmente con los pacientes.

Si bien no hay valores referenciales propios, se requieren usar los existentes junto a las pruebas usualmente aplicadas para así, publicar los resultados obtenidos. Por razones metodológicas se estudia la población más cercana, incluso jóvenes de las mismas casas de estudio en la que se generan las investigaciones. Y aunque los datos obtenidos son atingentes en Chile, la proyección es publicarlo en una revista española, estadounidense, canadiense, etc.

¿Por qué no generar conocimiento para que el colega que está en Pitrufquén o el que está en San Clemente o en Coquimbo, lo lea? ¿A quién le va a interesar más un estudio hecho en La Unión? ¿A un europeo o al colega que ejerce en un consultorio en Puerto Montt? ¿Por qué no comunicar ese conocimiento en Chile? Me permito recordar que el conocimiento es un arma de dominación.

Siempre se asume que lo de afuera es lo mejor. Se asume y no se cuestiona esta colonialidad que, en definitiva, surgió de la masacre de indígenas y africanos. En América Latina nos seguimos anulando como buenos colonizados, lo que nos hace desiguales e inferiores.

Por eso hay que dar un giro. Hay que repensar lo que estamos comunicando. Y es un giro porque, tal como lo plantea el semiólogo argentino Walter Mignolo, no se puede salir de la matriz colonial de poder²⁰. No hay nada fuera de ella. Por eso lo que nos compete es hacerla consciente para saber en qué punto dentro de la misma es que nos ubicamos desde nuestro género, religión, raza o profesión.

Sin duda que un modelo educativo en el que se incorpore la comunicación con una visión decolonial sería un punto de partida para un cambio, pero más allá de eso, desde el preescolar los conceptos de multiculturalidad e intercultural debieran estar incorporados para así formar ciudadanos conscientes de una realidad distinta al modelo hegemónico europeo impuesto hasta ahora.

Volver la mirada a Latinoamérica, pensarla de manera diferente, de forma decolonial, aplicar los conocimientos en nuestra tierra, con nuestra gente, hacer conscientes procesos y cambiarlos es todo un reto, es uno que, a partir de este momento, queda en sus manos.

Referencias

1. Emol. (2010, 17 de mayo). Formalizan a equipo médico tras muerte de niña por sobredosis de morfina. El Mercurio. Recuperado de <http://www.emol.com/noticias/nacional/2010/05/17/413577/formalizan-a-equipo-medico-tras-muerte-de-nina-por-sobredosis-de-morfina.html>
2. Superintendencia de Salud. 2013. *Satisfacción y calidad percibida en la atención de salud hospitalaria: ranking de prestadores. Informe global*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-9005_recurso_1.pdf
3. Superintendencia de salud. (2015). *Informe preliminar. Estudio de usuarios de salud respecto de la ley de derechos y deberes*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-12611_recurso_1.pdf
4. Superintendencia de salud. (2015). *Informe preliminar. Estudio de usuarios de salud respecto de la ley de derechos y deberes*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-12611_recurso_1.pdf
5. Superintendencia de salud. (2015). *Informe preliminar. Estudio de usuarios de salud respecto de la ley de derechos y deberes*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-12611_recurso_1.pdf
6. Instituto Nacional de Estadísticas. (2002). *Censo 2002. Síntesis de resultados*. Recuperado de <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadísticas. (2012). *Síntesis de resultados*. Recuperado de <http://www.iab.cl/sintesis-de-resultados-censo-2012/>
8. Todorov, T. (1997). *La conquista de América: el problema del otro*. Buenos Aires: Siglo XXI.
9. Mignolo, W. (2007). *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre.
10. Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: E. Lander. (Ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. (pp. 122-151). Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100708034410/lander.pdf>
11. Suárez, M. (2014). La otredad en el discurso mediático colombiano. *Lenguas y literaturas indoamericanas*, (16), 67-89. Recuperado de <http://publicacionescienciasociales.ufro.cl/index.php/indoamericana/article/view/271/214>
12. Quilaqueo, D., Medino, M.E. y Saiz, J.L. (2007). Representación social Mapuche e imaginario social no Mapuche de la discriminación percibida. *Atenea*, (496), 81-103. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=32849606>
13. Saiz, J.L., Rapimán, M.E. y Mladinic, A. (2008). Estereotipos sobre los mapuches: su reciente evolución. *Psyche*, 17(2), 27-40. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=96717204>
14. Carrasco, H. (2005). El discurso público mapuche: comunicación intercultural mediatizada. *Estudios Filológicos*, (40), 49-64. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=173413834003>
15. Rivera de la Fuente, V. (2015). Relatos hermenéuticos y activismo feminista en el Islam: hacia una teología de la mujer musulmana como “sujeta” política. *Mandrágora*, 21(2), 19-45. Recuperado de https://www.academia.edu/15495165/Relatos_hermen%C3%A9uticos_y_activismo_feminista_en_el_Islam_hacia_una_Teolog%C3%ADa_de_la_mujer_musulmana_como_sujeta_pol%C3%ADtica
16. Piedra, N. (2003). Feminismo y postmodernidad: entre el ser para sí o el ser para los otros. *Ciencias Sociales*, 101-102, 43-55. Recuperado de http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/101-102/03-PIEDRA_.pdf
17. Revista de Estudiosos en Movimiento. (2014). Autonomía e identidad: un nuevo horizonte para la Kinesiología. *Revista de Estudiosos en Movimiento*, 1(2), 5. Recuperado de http://reem.cl/descargas/reem_v1n2_a1.pdf
18. Morales, C. (2015, 18 de abril). El exterminio del pueblo wayuu. El Espectador. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/el-exterminio-del-pueblo-wayuu-articulo-555826>
19. Revista de Estudiosos en Movimiento. (2015). Así se templó el movimiento: de los límites de la profesión. *Revista de Estudiosos en Movimiento*, 2(1), 5. Recuperado de http://reem.cl/descargas/reem_v2n2_a1.pdf

20. Mignolo, W. (2007). *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre.

Correspondencia:

Nombre: Mónica Suárez.

E-mail: monica.suarez8903@gmail.com