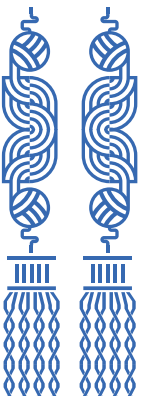
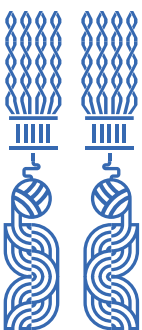




ISSN 2960-849X



Recuperar la salud
como un derecho



#6 Abril 2026

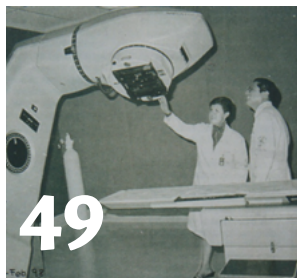
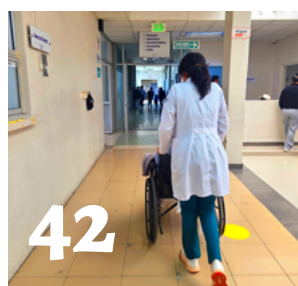


telar

Revista de Vinculación con la Sociedad



UCUENCA



Editorial

p1. Recuperar la salud como un derecho

Zona de intervención

p4. De la universidad a la sociedad: el Centro de Especialidades Médicas

p7. Cuando el malestar se aborda colectivamente: salud mental comunitaria y derecho a la salud

p10. Salud en cifras

Voz a la realidad

p.16 Enfermedades respiratorias crónicas como consecuencias de la violencia estructural

p.23 Las voces del párkinson: cuidar, vivir y acompañar desde Integra

p.31 El reciclaje: un rostro desde la cotidianidad

p.36 Conversa con Arturo Quizhpe Peralta

Enseñanza-acción

p.42 La metamorfosis prohibida: el sabotaje autoimpuesto del sistema de salud ecuatoriano

p.49 In memoriam. Deisy Aluma Sánchez (1946-2012): mujer pionera de la radioterapia en Ecuador

Un caso, un ejemplo

p. 54 Arte y bienestar mental: implementación de talleres artísticos con un enfoque holístico para hombres, mujeres y adolescentes en el CETAD 12 Pasos

p.62 Clasificados

Recuperar la salud como un derecho

Hablar de salud y bienestar se vuelve imperativo en un mundo donde la hiperproductividad y las transformaciones en los modos de vida han intensificado la proliferación de enfermedades, ampliado las brechas de acceso a servicios públicos de salud y alterado los ritmos cotidianos. La aceleración permanente, la precarización laboral y las desigualdades persistentes configuran escenarios complejos que impactan en la salud física y mental. En este contexto, la salud deja de ser únicamente una categoría biomédica para convertirse en un fenómeno estructural, atravesado por varios factores.

Frente a esta realidad, el rol de la universidad pública adquiere una relevancia estratégica en la construcción de conocimiento crítico y comprometido con su entorno. Su misión está llamada a promover miradas preventivas, integrales y humanistas que dialoguen con las necesidades reales de la sociedad. Desde esta perspectiva, la universidad complementa la acción del Estado y contribuye a reducir los vacíos estructurales cuando la desatención se vuelve evidente, articulación

que se convierte en una herramienta de transformación social.

Los proyectos de vinculación con la sociedad se consolidan como espacios de acción frente a poblaciones que carecen de atención integral y accesible, constituyendo escenarios de diálogo de saberes y corresponsabilidad. Sin desconocer las barreras estructurales, la vinculación impulsa la construcción de respuestas colectivas e innovadoras, en la medida en que la comunidad participa en su diseño e implementación.

En «Cardar» se sitúa a la salud como una práctica que articula ciencia, profesionalismo y humanidad. La atención multidisciplinaria promovida desde la universidad cuestiona la lógica mercantil de la salud y demuestra que es posible ofrecer servicios de calidad a costos accesibles, sustentados en una ética que prioriza la vida.

Con «Hilar» se recogen las voces de quienes participan en los procesos de vinculación. Analiza los desafíos metodológicos y éticos emergidos en los

territorios, reconoce la importancia de comprender la enfermedad desde la experiencia vivida y asume el enfoque de «una sola salud», entendiendo la interconexión entre individuo, comunidad y ambiente como un entramado inseparable.

«Urdir» evidencia la articulación mediante la conexión de la academia con el servicio público de salud. Reflexiona sobre barreras sistémicas, como la limitada cobertura o el acceso restringido a medicamentos, destacando la urgencia de fortalecer la prevención y la gestión integrada.

«Tejer» amplía la mirada hacia un abordaje multisectorial. A través del caso de la drogodependencia, se muestra cómo el arte puede constituirse en

herramienta de resiliencia y reconstrucción del tejido humano en contextos de vulnerabilidad.

Esta sexta edición de *Telar* repiensa la salud, la gestión emocional y los cuidados desde un enfoque integrado y multisectorial. La salud se concibe como un proceso interrelacionado con el entorno, que invita a cuestionar las lógicas que priorizan el lucro sobre el bienestar y a construir alternativas centradas en la dignidad humana. En este marco, visibiliza contextos limitados por retos estructurales profundos. Así, la Universidad de Cuenca reafirma su compromiso con el desarrollo territorial, la justicia social y la construcción colectiva del conocimiento, asumiendo la salud y el bienestar como ejes de su responsabilidad pública.

Luis Eduardo Ayala Guanga
Universidad de Cuenca
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6543-7594>

**Director General de
Vinculación con la Sociedad**





Cardar



Zona de intervención

De la universidad a la sociedad: el Centro de Especialidades Médicas

Julio Jaramillo Monge¹

Universidad de Cuenca

ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-1710-1778>

El Centro de Especialidades Médicas (CEM) de la Universidad de Cuenca opera desde enero de 2021. Inició como un establecimiento ambulatorio de consulta externa en diversas especialidades, con el aporte de docentes de Medicina. Este espacio se creó para ayudar a la población de Cuenca y propiciar la formación estudiantil ante las restricciones hospitalarias durante la pandemia.

Su impacto positivo impulsó el aumento de atenciones y la incorporación de laboratorio clínico, acupuntura, electroencefalogramas y odontología, bajo la premisa de ofrecer alta calidad a precios accesibles. Asimismo, integró medicina general para optimizar la valoración y el direccionamiento de los usuarios. En este proceso, el CEM ha facilitado la participación de otros profesionales alineados a su filosofía, bajo la gestión de la Empresa Universitaria de Salud (EUS EP).

El CEM cumple las tres funciones universitarias: 1. docencia, formando profesionales competentes; 2. investigación, generando conocimientos según la realidad local y nacional; 3. vinculación, ofreciendo respuestas a las demandas de la comunidad.

Al interconectar disciplinas, el CEM expresa el rol social universitario frente a un Estado que no garantiza plenamente

este derecho, y a un mercado que contradice el propósito de la salud pública.

1. Doctor en medicina y cirugía. Especialista en Atención Primaria de Salud. Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Docente en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Director médico del CEM.

Contexto general que enfrenta el CEM

Desde 2021, el contexto nacional se define por la desatención estatal a los mandatos constitucionales de salud. El desfinanciamiento y el desabastecimiento de fármacos básicos han trasladado la carga económica a los ciudadanos.

Como agravante, el déficit de especialistas en el sector público y su concentración en el privado manifiestan un mercado de la salud deshumanizado. El acceso depende de la capacidad de pago y no de las necesidades de la población. Este contexto también se caracteriza por ser un sistema fragmentado, sumado a la falta de pagos del Ministerio de Salud Pública (MSP) y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), ha provocado que muchos proveedores dejen de atender enfermedades catastróficas derivadas.

El sistema ecuatoriano carece de una estructura de gestión territorial, escenario en el que opera el CEM: pequeño ante la voracidad del mercado, pero grande por su origen y finalidad.

Nuestros retos

- sostenibilidad: mantener calidad y precios bajos frente a la lógica del mercado, bajo una filosofía de servicio y no de lucro;
- crecimiento: incorporar servicios que complementen los existentes y fortalezcan la resolución de problemas de salud de los usuarios;
- integralidad: evolucionar de una oferta centrada en la enfermedad hacia la prevención y el cuidado integral de la salud;
- articulación: integrar una red de servicios bajo mandatos éticos y legales, facilitando atenciones no ofertadas directamente por el CEM.



El CEM, un espacio profundamente humano

El CEM se debe a quienes lo componen: profesionales docentes y administrativos de la Universidad y la EUS EP, junto a estudiantes de pre y posgrado en formación. Fundamentalmente, se debe a sus usuarios, cuya confianza,

sugerencias y quejas legítimas nos impulsan a mejorar cada día.

Tras cinco años, el CEM es una obra que desafía un mercado de salud regido por la ausencia estatal. Estos retos nos motivan a buscar nuevos caminos para sostener nuestra filosofía de servicio y continuar fortaleciéndonos.





Cuando el malestar se aborda colectivamente: salud mental comunitaria y derecho a la salud

José Marcelo Ordóñez Mancheno²

Universidad de Cuenca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1718-8367>

El Centro Municipal de Salud Mental, Adicciones y Familia (CEMUSAF) no está saturado por casos extremos, sino por malestares cotidianos —ansiedad, insomnio o depresión— en adultos activos. Tras la pandemia, este sufrimiento es más frecuente, aunque rara vez bien comprendido o atendido.

Pese a ser un derecho, la salud mental es un servicio tardío, fragmentado y limitado a la consulta individual, convirtiendo a la psiquiatría comunitaria en un

desafío ético y social: ¿Cómo garantizar el derecho a la salud integral cuando el malestar psíquico afecta la vida de los miembros de una comunidad?

En Cuenca, la demanda de atención en salud mental ha crecido sostenidamente, predominando la ansiedad y depresión, a menudo asociadas con violencia, trabajos precarios y consumo de sustancias. Esto está ligado a las condiciones de vida, como se ha mostrado en estudios sobre determinantes

2. Médico psiquiatra del Centro Municipal de Salud Mental, Adicciones y Familia (CEMUSAF), magíster en Investigación de la Salud y médico tratante en Latinoclínica. Docente en la Facultad de Ciencias Médicas y en el programa de posgrado de Psiquiatría de la Universidad de Cuenca.

sociales de la salud (Patel et al., 2018; Marmot et al., 2020).

El CEMUSAF fue el primer referente de ayuda especializada, pero el modelo individual pronto mostró límites: largas listas de espera y seguimiento difícil. El malestar evidenciaba una brecha entre la complejidad de las experiencias y las respuestas disponibles. Para cerrarla, los posgrados de la Universidad de Cuenca impulsaron el proyecto «Fortalecimiento de la atención psiquiátrica comunitaria en el CEMUSAF», orientando la atención de lo individual a lo grupal. Esto sigue los lineamientos de la OMS y la OPS, que promueven modelos accesibles y centrados en la comunidad (WHO, 2013; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018), bajo la premisa de que el derecho a la salud mental debe ser cercano, sostenible y compartido (WHO, 2022).

Implementar este enfoque significó reorganizar el trabajo mediante talleres de psicoeducación para personas con ansiedad y depresión, y espacios colectivos para prevenir la violencia y fortalecer

redes de apoyo. Diversos estudios muestran que la psicoeducación y el trabajo grupal reducen síntomas, mejoran el seguimiento del tratamiento y evitan recaídas (Donker et al., 2009; Colom y Vieta, 2006). Estas acciones no reemplazan las consultas personales, sino que las complementan y llegan a más gente.

Los resultados indican que los talleres bajaron síntomas graves e ideas suicidas, en línea con reportes sobre prevención (Cuijpers et al., 2012). Más allá de los indicadores clínicos, el sufrimiento dejó de vivirse en soledad.

No todo fue fácil. El estigma limitó la participación de hombres, sumado a dificultades por jornadas laborales largas, resistencia a fármacos y limitaciones de un servicio en construcción. Estos desafíos evidencian que la salud mental comunitaria exige un ajuste permanente.

En los grupos se dieron procesos ajenos a la consulta individual: pacientes que nunca habían hablado de su malestar compartieron su experiencia al notar que no eran los únicos. Escuchar y ser escuchado redujo el aislamiento y rompió



estigmas, convirtiendo estos espacios en lugares de cuidado mutuo (OPS, 2018).

La experiencia en el CEMUSAF muestra que la salud mental como derecho humano se hace realidad con acciones concretas, accesibles y sostenibles en la vida cotidiana. Cuando la atención se organiza desde lo comunitario, el derecho deja de ser una idea abstracta y se convierte en una práctica viva, donde el sufrimiento cabe sin reducirse a una etiqueta (WHO, 2022). En el encuentro entre clínica, territorio y comunidad, la salud mental deja de ser una respuesta de emergencia y pasa a ser un derecho que se aprende, se comparte y se sostiene.

Referencias bibliográficas

Colom, F.; Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.

Cuijpers, P.; Van Straten, A.; Smit, F.; Mihalopoulos, C.; Beekman, A. (2012). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1272-1280. Disponible en <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07091422>

Donker, T.; Griffiths, K. M.; Cuijpers, P.; Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(79). Disponible en <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>

Marmot, M.; Allen, J.; Boyce, T.; Goldblatt, P.; Morrison, J. (2020). *Health equity in England:*

the Marmot review 10 years on. Institute of Health Equity. Disponible en <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La salud mental en la comunidad*. OPS. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-comunidad>

Pan American Health Organization. (2021). *The impact of COVID-19 on mental health in the Americas*. PAHO. Disponible en <https://www.paho.org/en/documents/impact-covid-19-mental-health-americas>

Patel, V.; Saxena, S.; Lund, C.; Thornicroft, G.; Baingana, F.; Bolton, P.; Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Thornicroft, G.; Mehta, N.; Clement, S.; Evans-Lacko, S.; Doherty, M.; Rose, D.; Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Disponible en <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/97892400493382>.

Proyecto

Fortalecimiento de la atención psiquiátrica comunitaria en el Centro de Salud Mental Municipal

Equipo

Director:
José Marcelo Ordóñez Mancheno

Docente:
Roberto Tapia Peralta

Posgradistas:
Doménica Melissa Ochoa Semería,
María Augusta Cabrera Piña,
Michelle Catalina Inga Urvina,
Lit Diane García Linares, Eliana
Elizabeth Espinoza Tapia y Tatiana
Valeria Meneses Maldonado

Fotografías

Equipo del proyecto

Salud en cifras

En 2025, el sector salud enfrentó una crisis hospitalaria por escasez de medicinas e insumos, ejecutando apenas el 55 % del presupuesto asignado inicialmente³.

Indicadores de morbilidad / mortalidad



Defunciones hospitalarias

La tasa fue de **0,99** por cada **1.000** habitantes en 2024.



Mortalidad infantil

8,9 por cada **1.000** nacidos vivos (2024). La principal causa relacionada a afecciones originadas en el periodo pre-natal

(Registro Estadístico de Defunciones Generales, 2024).



Mortalidad materna

En el 2023, la razón de mortalidad materna (RMM⁴) fue de **55,6** por cada **100.000** nacidos vivos (OPS, 2024).

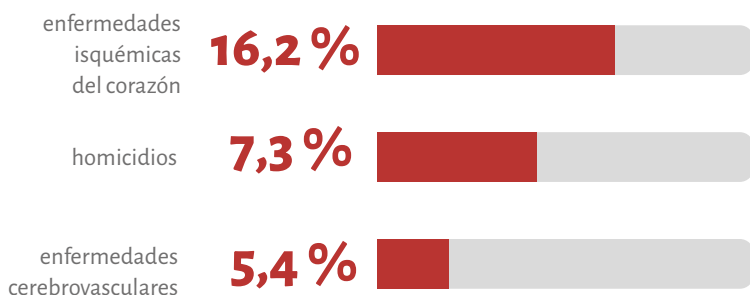
3 Al cierre de 2025 las cifras mostraron una ejecución presupuestaria del 94,6 %. Esto se debe a que el presupuesto de \$4.797.693.257 no se ejecutó, por lo que se redujo a \$2.767.383.317. Este ajuste distorsiona la percepción de ejecución presupuestaria.

4 La razón de mortalidad materna (RMM) mide las defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio (hasta 42 días después). La media de RMM en Latinoamérica y el Caribe es de 77 muertes por cada 100.00 nacidos vivos, según datos del Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG), compuesto por OMS, UNDP y UNICEF.



Principal causa de defunción

En 2023 y 2024 las principales causas fueron:



Indicadores de infraestructura



En 2024 se registraron **626 establecimientos** de salud a nivel nacional.



1,32 camas disponibles por cada **1.000 habitantes**—el indicador recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue de **2,5 camas** por cada **1.000 habitantes**—

(INEC, 2024).

Gastos de bolsillo en salud en Ecuador, 2024



En 2024 el gasto de bolsillo en salud fue del **33,4 %**, con **0,3 puntos** porcentuales **mayor** que en el 2023⁵.

El gasto de bolsillo en salud en Ecuador es el **tercero más alto** en **Sudamérica** (Ecuador en cifras, 2024).

Indicadores de salud mental



Más de **1,2 millones** de casos de salud mental en Ecuador en 2025, correspondieron a **depresión y ansiedad**.



El **suicidio** es la **tercera causa de muerte** entre niños/as y adolescentes de **5 a 17 años**, y en jóvenes de **18 a 29 años**

(Ministerio de Salud Pública, 2024; INEC, 2024).



Más de **1,2 millones** de casos de salud mental en Ecuador en 2025, correspondieron a **depresión y ansiedad**.

5. El gasto de bolsillo en salud corresponde a todos los pagos directos de los hogares para adquirir bienes y servicios de salud.

Datos de servicios de salud brindados por la Universidad de Cuenca en 2025



Centro de Especialidades Médicas (CEM)

50.761 atenciones realizadas.
17.841 personas atendidas con un promedio de 2,8 atenciones.
31 % de personas atendidas pertenecen a grupos de **atención prioritaria**⁶.



Centro de Psicología Aplicada (CEPAUC)

5.166 atenciones realizadas.
452 personas atendidas con un promedio de 11,4 atenciones.
82 % de personas atendidas pertenecen a grupos de **atención prioritaria**.
64 % de usuarios corresponde a **población económicamente vulnerable**⁷.



Centro de Desarrollo Infantil (CEDIUC)⁸



8.946 atenciones realizadas.



805 personas atendidas con un promedio de 11,1 atenciones.



90 % de usuarios corresponde a población **económicamente vulnerable**.

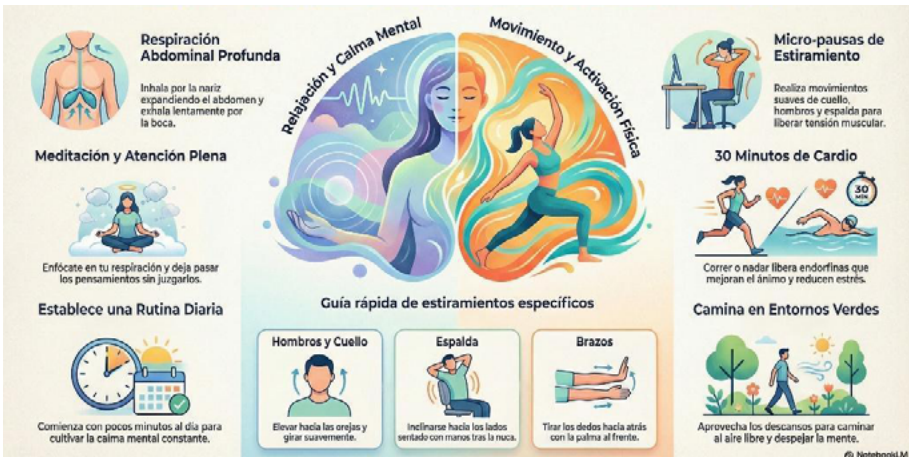
6. Según el Art. 35 de la Constitución de la República, pertenecen a población de atención prioritaria: personas adultas mayores (+65 años), niñas, niños y adolescentes (0-18 años), mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad.

7. Rango de ingresos familiares de entre 0 a 470 dólares mensuales.

8. Atención temprana a niños y niñas con o sin discapacidad entre 0 meses a 12 años. Áreas: Estimulación Temprana, Terapia Física, Fonoaudiología, Pediatría, Psicología, Nutrición y Orientación Familiar.

Hebra 1

Tejiendo bienestar: estrategias para mantener el equilibrio y combatir el estrés laboral





Fotografía: Cristian Maldonado Pauta

Hilar



Voz a la realidad

Enfermedades respiratorias crónicas como consecuencias de la violencia estructural

Fu Yu Chang⁹

Universidad de Cuenca

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0873-4239>

Se realizó un estudio que comprendió a 214 recicladores y trabajadores informales de Cuenca, evaluados durante el año 2025 mediante pruebas de función pulmonar y estudios imagenológicos de tórax. Del total de participantes, 169 (79 %) correspondieron al sexo femenino y 45 (21 %) al masculino. Entre ellos, 100 personas (46.7 %) presentaron algún tipo de alteración respiratoria, mientras que 114 (53.3 %) no evidenciaron cambios clínicamente significativos. Las alteraciones predominantes fueron trastornos obstructivos crónicos, con signos compatibles con bronquitis crónica y enfermedad pulmonar por obstrucción crónica (EPOC), seguidos de patrones restrictivos leves a moderados y algunos casos de fibrosis pulmonar incipiente y asma ocupacional.

La mayoría de los hallazgos radiográficos y espirométricos reflejan el posible impacto de la exposición crónica a polvo, humo, biomasa y material particulado en los recicladores. Se documentaron alteraciones compatibles con bronquitis crónica (9.9 %) y EPOC (10.3 %), además de engrosamiento bronquial, hiperinsuflación y granulomas calcificados (8 %), lo que sugiere procesos inflamatorios persistentes y posibles secuelas de infecciones respiratorias previas.¹⁰

Estos extractos del informe final del proyecto de vinculación de Medicina Interna (2025) presentan cifras alarmantes de alteraciones pulmonares, resultados que algunos colegas calificaron como «exitosos» por su potencial de publicación.

9 Médica familiar y comunitaria. Doctorante en Antropología por la Universidad de Massachusetts Amherst. Docente en el posgrado de Medicina Interna. Investigadora en Kaleidos-Etnografía Interdisciplinaria.

10. Informe final del proyecto «Enfermedades respiratorias crónicas por exposición a contaminación ambiental/laboral en el cantón Cuenca».

Sin embargo, juzgar el éxito solo por indicadores cuantitativos carece de un análisis crítico sobre la formación médica. Esta es una oportunidad para repensar la educación de los profesionales de la salud y nuestra relación con la comunidad.

En este artículo comparto algunas reflexiones sobre «la función sustantiva de la vinculación para promover la transformación social y aplicación de conocimientos pertinentes que respondan a las necesidades de la comunidad» (Vinculación-UCuenca, 2023).

La pregunta que debemos hacernos, docentes y estudiantes, es ¿estamos realmente realizando proyectos para una transformación social? Mediante la experiencia del proyecto «Enfermedades respiratorias crónicas por exposición a contaminación ambiental/laboral en el cantón Cuenca» compartiré algunas barreras estructurales que limitan que

los proyectos de vinculación, aun con compromiso, alcancen impactos significativos de transformación social.

¿Por qué nos enfocamos en enfermedades respiratorias en nuestro proyecto de vinculación? La problemática no surgió de las necesidades de la comunidad ni de un proceso participativo para determinar el ámbito de intervención. En realidad, el programa de posgrado de Medicina Interna tiene temas predeterminados, a cada año se le asigna uno, en nuestro caso, al tercer año le correspondía enfermedades respiratorias crónicas.

Pero, ¿cómo lograr la transformación social si no consideramos desde el inicio las problemáticas y necesidades locales? ¿Son las enfermedades respiratorias crónicas una preocupación para la comunidad? Estas preguntas difícilmente pueden responderse sin una metodología participativa (Lewin, 1988).



Al tener que plantear el proyecto a partir de una morbilidad seleccionada, acudimos a datos epidemiológicos para determinar la población de trabajo. Ante la falta de estudios locales detallados sobre enfermedades respiratorias crónicas, utilizamos datos globales y orientamos el proyecto hacia poblaciones con exposición frecuente a contaminación, biomasas y exposición

laboral (Weiss, 2026). Me acerqué a los trabajadores informales —jornaleros que se reúnen en la Plaza San Francisco y vendedores ambulantes— para socializar las ideas iniciales y obtener sus opiniones. Así procuré incorporar una metodología participativa que incluya el aporte de las personas afectadas (Lewin, 1988).

«¿Cuánto nos va a costar? Porque no creo que tengamos para pagar». «Es difícil perder horas de trabajo para ir a hacernos atender». Estos comentarios reflejan las dificultades económicas de los trabajadores informales.



Además de su mayor exposición a contaminantes y riesgo de enfermedades

pulmonares, las limitaciones económicas y de tiempo les impide cuidarse.

A esto Paul Farmer (1996) llama «violencia estructural», consecuencia de condiciones sociales, como la pobreza, el racismo y las desigualdades de género, que limitan el acceso a derechos básicos.

Tras acercarnos a estos trabajadores, decidí que construir el proyecto con esta población podría tener un impacto de transformación social, y emprendimos el trabajo. Sin embargo, encontré barreras burocráticas. Para presentar la propuesta se necesitaba una «carta de intención», firmada por un representante del grupo. Dado que la mayoría

de trabajadores informales no pertenecen a gremios ni asociaciones, no estaba claro quién iba a representarlos. Sin este documento, no podían formar parte del proyecto. Ventajosamente, colegas con experiencia en procesos de vinculación sugirieron gestionar con el Consejo Cantonal de Salud.



Con el apoyo del Consejo Cantonal de Salud parecía que el proyecto por fin tomaba rumbo. Pero surgió otro

obstáculo, no había financiamiento ni facilidades para que los trabajadores accedieran a una radiografía de tórax



o una espirometría. El MSP ofrece atención gratuita, pero no realiza exámenes complementarios para salud ocupacional, y el presupuesto municipal ya estaba aprobado sin posibilidad de nuevos gastos.

Los proyectos de vinculación con la sociedad a nivel de posgrado no tienen financiamiento y la mayoría de estos trabajadores no tiene seguro social. Una radiografía tiene un costo de \$25 en el mercado sanitario local. ¿Cómo pedir a alguien que gana menos del salario mínimo que asuma ese costo?

Tras invertir mucho tiempo y esfuerzo, no estaba dispuesta a abandonar el proyecto. Con apoyo de colegas y amigos conseguimos donaciones para cubrir las radiografías de tórax, gracias a un convenio que se firmó con el Instituto de Diagnóstico por Imagen (IDI), que realizó los exámenes a costo. También fue clave el apoyo de la neumóloga Leydy Rodas, quien prestó su espirómetro y nos capacitó en su uso e interpretación. Esta experiencia deja una pregunta: ¿podemos depender siempre de la voluntad de instituciones e individuos privados para garantizar el derecho a la salud?

Con esas dificultades superadas, pusimos en marcha el proyecto. Gracias al apoyo de Adriana Quinde, del Consejo Cantonal de Salud, utilizamos las oficinas de la Red Nacional de Recicladores del Ecuador (RENAREC) como espacio de atención médica. Durante la ejecución surgieron algunos desafíos

propios del trabajo comunitario: en las consultas muchos pacientes planteaban problemas de salud no respiratorios que, por las limitaciones del proyecto, no podíamos atender.

Gracias a la persistencia y colaboración de quienes participaron en el proyecto atendimos a 214 pacientes. En 100 de ellos se detectaron alteraciones pulmonares mediante radiografía de tórax o espirometría, casi la mitad de los casos. Más allá del índice de morbilidad, estos resultados invitan a reflexionar: sin el proyecto, muchas de estas personas habrían conocido su condición solo en etapas avanzadas de la enfermedad. Pero un diagnóstico inicial no basta ¿Cuál es la responsabilidad de la vinculación y la universidad en el seguimiento de estos casos? ¿Se trata de otro proyecto que llega a la comunidad, cumple objetivos puntuales y luego se retira?

En general, los beneficiarios expresaron su agradecimiento por la atención recibida, pese a las limitaciones y falta de seguimiento. Aunque el proyecto puede considerarse exitoso —no solo por los resultados, sino también por los vínculos generados con la comunidad—. Esto no impide reconocer la necesidad de mejorar los procesos y lograr que los futuros proyectos estén más conectados con las necesidades y problemáticas locales.

Me quedo con algunas preguntas que invitan a ajustar nuestra práctica a las realidades locales.

¿Estamos evaluando críticamente cómo la Escuela de Medicina responde a la violencia estructural y las inequidades en el acceso a la salud? ¿Qué podemos cambiar desde la universidad para incidir en la transformación social? ¿Estamos formando profesionales de salud con una visión integral del ser humano?



Existen modelos y propuestas que han avanzado en estas respuestas (García Pérez et al., 2015; Perdomo, 1994; Rendón Cazales et al., 2024). No

necesitamos reinventar el camino, sino comprometernos con el modelo de salud que queremos construir y trabajar para hacerlo realidad.



Referencias bibliográficas

- Farmer, P. (1996). On suffering and structural violence: a view from below. *Daedalus*, 125(1), 261-283.
- García Pérez, R. P.; Ballbé Valdés, A. M.; Pina Pérez, R.; Iglesias Almanza, N. R. (2015). El análisis de la situación de salud y la investigación-acción participativa en la formación médica. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(3), 92-102.
- Lewin, K. (1988). Acción-investigación y problemas de las minorías. *International Journal of Social Psychology: Revista de Psicología Social*. Disponible en <https://doi.org/10.1080/02134748.1988.10821586>
- Perdomo, G. (1994). La investigación-acción-participante como estrategia para la capacitación y evaluación en educación sanitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(3), 331-338. Disponible en <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000300013>
- Rendón Cazales, V. J.; Benavides Lara, M. A.; Sánchez Mendiola, M.; Pompa Mansilla, M.; Rendón Cazales, V. J.; Benavides Lara, M. A.; Sánchez Mendiola, M.; Pompa Mansilla, M. (2024). Investigación-acción participativa y educación basada en evidencias en el campo de la salud: investigar desde las prácticas. *Investigación en educación médica*, 13(49), 129-137. Disponible en <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.49.23578>
- Universidad de Cuenca. (10 de noviembre de 2023). *Vinculación*. Disponible en <https://www.ucuenca.edu.ec/vinculacion/>
- Weiss, S. (2026). *Chronic obstructive pulmonary disease_Risk factors and risk reduction*. UpToDate. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-risk-factors-and-risk-reduction/print?search=epoc&topicRef=1455&source=see_link

Proyecto

Enfermedades respiratorias crónicas por exposición a contaminación ambiental/laboral en el cantón Cuenca

Equipo

Directora:

Fu Yu Chang

Posgradistas:

Pablo Andrés Dután Patiño, Ana Lucía Guamán Mizhirumbay, Johana Priscila Inga Lojano, Denisse Julieth Ochoa Coronel, Milton Mauricio Sanmartín Plaza, Irene Estefanía Velesaca Tacuri y Johnny Patricio Villavicencio Pazmiño

Fotografías

Cristian Maldonado Pauta
(Foto 1 y 4)
Equipo del proyecto
(Fotos 2 y 3)





Las voces del párkinson: cuidar, vivir y acompañar desde Integra¹¹

Autores: integrantes del proyecto de vinculación Integra y Asociación de Parkinson Cuenca-Ecuador

El párkinson es una condición con la que vivimos, pero no define quiénes somos.
(Ruth, paciente del proyecto Integra)

El proyecto Integra, atención integral al paciente con párkinson y su familia (Cuenca, 2025-2027), fue uno de los ganadores de la XIII Convocatoria de Proyectos de Servicio a la Comunidad de la Universidad de Cuenca. Este se desarrolla en la Asociación de párkinson Cuenca-Ecuador, con la participación de seis carreras de la Facultad de Ciencias Médicas —Medicina, Enfermería, Nutrición y Dietética, Fisioterapia, Fonoaudiología y Laboratorio Clínico—, y propone un acompañamiento

interdisciplinario que escucha, aprende y actúa junto a las personas que conviven con la enfermedad.

El párkinson se manifiesta a través de síntomas motores y no motores: temblor en reposo, alteraciones de postura y marcha, trastornos del habla y la deglución, entre otros (Sepúlveda Contardo et al., 2023; Munhoz et al., 2024; Tolosa et al., 2021). Estas limitaciones no solo exigen atención clínica especializada, sino que obligan

11. Proyecto de vinculación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, y Asociación de Parkinson Cuenca-Ecuador.

a reorganizar la vida cotidiana, los vínculos y la relación con el propio cuerpo. Cuidar y acompañar a quien vive con párkinson es una tarea que recae con fuerza sobre las familias y los cuidadores (Aguilar Agudo et al., 2021).

Frente a esta realidad, las acciones de Integra abarcan ejercicios terapéuticos, acompañamiento en comunicación

y deglución, evaluación y educación nutricional, exámenes de laboratorio, orientación en autocuidado y espacios de apoyo en salud mental. La evaluación final se realizará en noviembre de 2026, los testimonios recogidos hasta ahora —de pacientes, cuidadores, docentes y estudiantes— permiten trazar un primer mapa de lo que significa construir salud de manera colectiva.

Vivir con párkinson: el diagnóstico como punto de quiebre

La Asociación Parkinson Cuenca-Ecuador, en alianza con el proyecto Integra de la Universidad de Cuenca, ha construido un espacio de acompañamiento, aprendizaje y transformación, que ha impactado profundamente en la vida de las personas que tenemos esta condición y de quienes caminan junto a nosotros. Esta alianza es un ejemplo claro de lo que la colaboración y el trabajo en equipo pueden lograr como una contribución a la sociedad. Las terapias y atenciones que recibimos nos ayudan a mantenernos activos, a mejorar nuestra comunicación y a cuidar nuestra salud física y emocional. Tanto docentes como alumnos nos han compartido sus conocimientos, su alegría y afán de ayuda, lo que nos hace sentir cobijados por ellos en todo momento.

Ruth, paciente y cofundadora de la asociación

Cuando me dijeron que tenía párkinson sentí que mi mundo se derrumbaba. Me inundaron las preguntas, el miedo y la incertidumbre. Pero decidí no quedarme quieto. Recordé las palabras de mi madre: «sacar fuerza de la flaqueza». En este camino entendimos que no podíamos hacerlo solos, así nació la Asociación de Parkinson Cuenca-Ecuador, con personas que, aun con miedo, eligieron organizarse. Aprendimos que a veces no se avanza con un bastón, sino tomados del brazo.

Beto, paciente y cofundador de la asociación

Recuerdo cuando la neuróloga nos dijo: «tiene párkinson». Lloré. Fue un antes y un después. Los cambios han sido sutiles, pero profundos: ya no camina con la rapidez de antes, así que ahora aprendo a seguir su paso, a cuidarlo en cada escalón.

Clara, cuidadora

El párkinson no afecta únicamente al paciente, pues transforma el tejido familiar entero. Clara describe cómo su propio ritmo de vida se adaptó al de su esposo. Beto, por su parte, convierte el dolor individual en un gesto colectivo.

El cuidado como construcción interdisciplinaria

Uno de los principios que vertebran el proyecto es la atención integral. La

enfermedad compromete la movilidad, pero también la voz, la nutrición, el estado emocional y la autonomía cotidiana. Abordarla exige que las disciplinas dialoguen entre sí y, sobre todo, con las personas atendidas. Esto lo reflejan docentes y estudiantes de las seis carreras participantes.

Los exámenes de laboratorio realizados a pacientes y cuidadores permitieron evaluar su estado de salud de manera amplia. Los resultados reafirmaron que la salud se construye de forma colectiva, desde una mirada holística y colaborativa.

Mauricio Baculima Tenesaca, docente de Laboratorio Clínico

El cuidado de enfermería contempla apoyo emocional y educación sobre la enfermedad, se promueve motivación para fomentar el autocuidado. La empatía y la comunicación son esenciales en este proceso.

María Morejón, docente de Enfermería

La salud fonoaudiológica fortaleció la expresión de emociones, participación y confianza comunicativa, junto a un compromiso constante de los participantes, cuidadores y estudiantes que contribuyeron a generar identidad, dignidad y a conectar a través de las palabras.

Antonio Vélez Arias, docente de Fonoaudiología

Acercarnos a realidades poco visibilizadas nos llevó a mirar más allá de lo académico. Acompañar a la asociación desde fisioterapia nos permitió unir la teoría con la vida cotidiana de quienes conviven con esta condición.

Luz María Ayavaca Tapia, docente de Fisioterapia

En el proyecto descubrí que mi labor va más allá de ayudar a mejorar la comunicación, dentro de los talleres, evaluaciones y terapias compartidas con pacientes y sus familias, vi cómo el miedo al silencio se transformaba en risas y experiencias enriquecedoras.

Mayerli Angulo Tambi, estudiante de Fonoaudiología

Lo que Integra pone en evidencia es que la formación interdisciplinaria en salud gana profundidad cuando se ancla en

contextos reales: el aula prepara, pero es la comunidad la que enseña a escuchar.

La dimensión humana del cuidado: empatía, vínculo y dignidad

Participar en el proyecto Integra ha sido una experiencia profundamente humana que permite reconocer que, más allá de los síntomas del párkinson, las personas conservan una identidad llena de historia, humor y deseo de conexión. A través de espacios grupales de estimulación cognitiva y expresión emocional, se ha construido un ambiente de confianza donde el miedo inicial se transforma en participación, acompañamiento y vínculos colectivos. Este proceso demuestra que el proyecto no se limita al manejo de la enfermedad, sino que promueve dignidad, sentido de vida y resiliencia.

Rafael Ortiz, docente de Psicología

No es fácil sentir el dolor, no es sencillo abrir tu corazón para mostrar tus miedos y preocupaciones. Durante mi participación en el proyecto Integra he logrado escuchar y brindar una palabra de apoyo a personas y familias que luchan día a día por aceptar y avanzar con la enfermedad. Es importante demostrarles que no están solos, ahora somos una gran familia en la que pueden apoyarse en los momentos difíciles. No puedo más que agradecer por permitirnos implementar un abordaje integral con la ejecución de acciones promoción y prevención para mejorar su salud.

Elizabeth de la Cruz Yamunaqué, docente de Medicina

Gracias a la asociación y al proyecto Integra he aprendido sobre alimentación, movimiento del cuerpo, psicología, y todo lo que es enfermería y medicina. Me ha ayudado a mantenerme mejor.

José, paciente

La experiencia de atención y acompañamiento a personas diagnosticadas con párkinson y a sus familias permitió comprender de manera directa el impacto físico, emocional y social de esta condición. Desde el rol de enfermería se brindó un cuidado integral y humanizado, orientado a la identificación y abordaje de necesidades individuales. Durante los encuentros los pacientes manifestaron dificultades en la movilidad, la comunicación y las actividades cotidianas, así como ansiedad y temor frente a la progresión de la enfermedad.

Tabata, Andrea, Nicol, Estefanía y María, estudiantes de Enfermería

Ser parte del proyecto Integra fue una experiencia que permitió mirar con otros ojos la realidad de las personas que viven con párkinson y sus cuidadores. Compartir con ellos ayudó a comprender sus desafíos y la importancia de acompañar sus procesos con sensibilidad. Las acciones desarrolladas demostraron cómo la nutrición puede contribuir al bienestar diario de los pacientes. Ser parte de este proceso reforzó mi compromiso con una práctica profesional más humana y empática.

Jennifer Espinoza, estudiante de Nutrición y Dietética

Participar en el proyecto Integra me permitió comprender el párkinson más allá de la teoría. A través de actividades nutricionales con pacientes y cuidadores, conocí sus historias, debilidades y fortalezas. El proyecto nació de una necesidad real y se transformó en un espacio de acompañamiento y aprendizaje mutuo, donde la alimentación se convirtió en una herramienta de cuidado. Ver cómo pequeñas acciones mejoraban su bienestar confirmó la importancia de trabajar desde y con la comunidad.

Natalia Teixeira, estudiante de Nutrición y Dietética

Esta convergencia entre las voces de profesionales, estudiantes y las voces de quienes viven la enfermedad, sugiere que Integra está logrando algo que muchos programas de salud aspiran sin conseguir: que el cuidado sea percibido como un acto de dignidad.

Logros, reconocimientos y horizonte

Las actividades realizadas en Integra se han desarrollado, además de los

diagnósticos obtenidos, a partir de una planificación basada en las necesidades sentidas de las personas adultas y adultas mayores que conforman la asociación. Entre los logros alcanzados, el proyecto resultó ganador de los premios a la Popularidad Paucar Sisa «Arete del Inca» y Paucar Sisa «Huando», en la categoría video, dentro del concurso «Proyectos que transforman: voces y miradas de la vinculación», desarrollado en el marco de la III Bienal de Vinculación

con la Sociedad «Horizontes de Paz: Construcción de Futuros Posibles». Asimismo, recibió un reconocimiento como proyecto de innovación social por parte del Epicentro de Innovación del Vicerrectorado de Investigación e Innovación de la Universidad de Cuenca.

Pero quizá el logro más significativo no cabe en un premio, sino en la construcción progresiva de un protocolo de atención integral, contextualizado y accesible, que nace del diálogo entre saberes académicos y saberes vividos.

Si tú o alguien más que conoces está viviendo con párkinson, te invitamos a unirte a nuestra comunidad. Juntos podemos apoyarnos, compartir experiencias y demostrar que, con unión y acompañamiento, es posible seguir adelante con dignidad y esperanza.

Ruth, paciente

Creo firmemente que el proyecto Integra debería continuar, ya que la necesidad de apoyo y atención a las personas con párkinson y sus familias es constante. La experiencia y el impacto positivo del proyecto han sido invaluable, y estoy seguro de que con un Integra II podremos seguir mejorando la calidad de vida de nuestra comunidad.

Rodolfo, presidente de la asociación

Las actividades desarrolladas en el proyecto nos han permitido identificar la necesidad de incorporar otras disciplinas, lo que representa una oportunidad para ampliar y fortalecer, a futuro, esta red de servicio comunitario.

Diana Morales Avilez, directora del proyecto Integra

Las tres voces que cierran este recorrido —una paciente, el presidente de la asociación y la directora del proyecto— convergen en una misma certeza: lo construido hasta ahora merece continuidad. En un contexto en el que la vinculación con la sociedad corre el riesgo de reducirse a una casilla

administrativa, Integra demuestra que, cuando la academia se instala en el terreno de la vida real —con humildad, escucha y compromiso sostenido—, los resultados trascienden las métricas y se alojan en lo que las personas sienten, nombran y agradecen.



Recordamos con cariño y gratitud a Jorge, Eithel y Estuardo, compañeros valiosos de la Asociación de Parkinson Cuenca-Ecuador, quienes participaron en el proyecto Integra. Su dedicación y espíritu de colaboración siguen inspirándonos.



Referencias bibliográficas

- Aguilar Agudo, A.; Herruzo Cabrera, J.; Pino Osuna, M. J. (2021). *Estilos de cuidados y la implicación como protector psicológico del cuidador de personas con Parkinson en España*. Disponible en <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.2>
- Munhoz, R. P.; Tumas, V.; Pedroso, J. L.; Silveira Moriyama, L. (2024). *The clinical diagnosis of Parkinson's disease*. Disponible en <https://doi.org/10.1055/s-0043-177775>
- Sepúlveda Contardo, M. F.; Martín, J. E.; Vásquez Peña, D. N.; Obreque Faundez, P. V.; Roa Bustos, K. C.; Silva Guzmán, M. F.; Sepúlveda

- Contardo, M. F.; Martín, J. E.; Vásquez Peña, D. N.; Obreque Faundez, P. V.; Roa Bustos, K. C.; Silva Guzmán, M. F. (2023). Impacto De Los Trastornos Motores Del Habla Y Deglución Sobre La Calidad De Vida De Personas Con Enfermedad De Parkinson. *Una Revisión Sistemática De La Literatura*, 32(1), 7. Disponible en <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol32100055>
- Tolosa, E.; Garrido, A.; Scholz, S. W.; Poewe, W. (2021). Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *The Lancet. Neurology*, 20(5), 385-397. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00030-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00030-2)



Conoce más sobre la
Asociación de Parkinson
Cuenca-Ecuador:



Visita el video del
proyecto Integra
aquí:



Proyecto

Integra, atención integral al
paciente con párkinson y su
familia, Cuenca 2025-2027

Fotografías

Equipo del proyecto

Equipo

Directora:

Diana Morales Avilez

Docentes:

Luz María Ayavaca Tapia, María del Rosario Morejón González,
Elizabeth Lilian de la Cruz Yamunaque, José Mauricio Baculima
Tenesaca, Luis Antonio Vélez Arias y Rafael Benito Ortiz Rodríguez
Estudiantes: Gabriela Nathaly Rodríguez Morocho, Jemima
Salomé Hualpa Andino, Kevin Patricio Toaquiza Guamán, Sara
Nataly Yupa Tenelema, María Priscila Palacios Mora, Vivian
Gabriela Hoyos Cortez, Natalia Teixeira, Pedro González, Danna
Camila Méndez Pardo, Jennifer Paola Espinoza Duchi, Alex
Damián Ochoa Peralta, Andrea Belén Vera Campoverde, Tabata
Antonella Villa Paucar, Evelin Nicole Vivar Chimbo, Estefanía del
Cisne Yáñez Aldaz, Amy Mishel Ramón Solano, Dayami Katherine
Uñog Guilcapi, Jeanny de Jesus Juárez Almario, Sneyder Josué
Gutiérrez Alberca, Ángela Fabiana Cobos Peñaranda, Kevin Vicente
Gómez Peñafiel, Sofía Margarita Pacheco Arévalo, Steeven René
Rodríguez Dávila, Ericka Melania Yunga Chamba, Mayerli Betsabe
Angulo Tambi, Viviana del Rocío Mejía Sari, Silvia Michelle Pinos
Guzmán, Marco Elias Nieto Polo, Marcos Josué Ochoa Sigüenza,
Mateo Josué Orellana Altamirano, Rubén Darío Hernández
Urgiléz, Darling Salomé Granda Jara, Michael Alexander Mejía
Arpi, Eliana Samantha Ramírez Jaramillo, Helen Alexandra Rosero
Chuzín, Gladys Germania Cuji Cárdenas, Johanna Belén Lucero
Becerra, Natalia Elizabeth Zhindón Méndez, Dayana Abigail
Simabaña Vázquez, María José Vásquez Prado, María Belén Torres
Clavijo, Karol Doménica Tenezaca Mancero, Mélaney Camila
Morocho Macas y Jessica Viviana Avalos Vanegas



El reciclaje: un rostro desde la cotidianidad

Galería fotográfica
Cristian Maldonado Pauta











Conversa con Arturo Quizhpe Peralta

Jéssica Alexandra Ochoa Sánchez

Universidad de Cuenca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3761-583X>

Breve resumen del personaje

Arturo Quizhpe es médico pediatra y actual director de la Red de Acción frente a la Resistencia a los Antibióticos-Latinoamérica (ReAct). Fue decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca e investigador doctoral externo en la Universidad Radboud. Fue coordinador general de la II Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos y fundador de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos. Es autor de más de un centenar de libros, artículos científicos y cuentos.

¿Quién es Arturo Quizhpe y cómo arrancó esta pasión por la medicina?

Bueno, nació hace 75 años en el barrio El Vecino, un barrio popular de artesanos.

Soy hijo de artesanos y crecí en una familia de 14 hermanos. En esa época muchas familias vivían de elaborar sombreros de paja toquilla.

Mi escuelita quedaba a unos cien metros de la casa, por el sector de la Rotary, y en el barrio fui aprendiendo de la vida. Tenía unos nueve años cuando un amigo con el que más jugaba empezó a enfermar: se fue debilitando, adelgazó y estaba muy pálido, hasta que un día falleció. Eso me marcó mucho.

Cuando me pregunto cómo nació mi decisión de estudiar medicina, siempre llego a la misma respuesta: nació del barrio en el que crecí, de esas vivencias, de esas pérdidas.

Cuénteme sobre usted, cuando no está ejerciendo la profesión, ¿qué hace?, ¿qué lee?, ¿qué escucha?

Aprendí a estudiar escuchando música. Me gustan los pasillos, boleros y la música latinoamericana, las canciones que hacen reflexionar. Escucho sus letras y pienso en el contexto en que fueron escritas. Esa reflexión también me llevó a escribir, algo que disfruto desde la escuela: contar historias.

Y le confieso algo, a veces suelo empezar tres, cuatro o cinco libros al mismo tiempo y después se me cruzan los cables, ja, ja. Me habría encantado estudiar literatura, pero no me arrepiento de la medicina, porque la medicina también habla de la vida misma. No habría vida sin historias que contar.

¿Qué recuerda usted como experiencia de la vida universitaria?

Me gradué en el Benigno Malo y me contagié del entusiasmo de la época. Eran tiempos de mucha motivación social por cambiar las cosas. Con ese espíritu entré a la universidad, a la carrera de Medicina, cargado de una motivación muy humana, aunque quería ser un buen médico lo importante era graduarme primero, como un buen ser humano. Eran las épocas del Che.

En la facultad participamos en movimientos de izquierda que buscaban un modelo educativo distinto, capaz de explicar cómo los problemas sociales inciden directamente en la vida y salud de los pueblos. Esa experiencia me permitió aprender medicina con pasión, desarrollar nuestra sensibilidad para entender el sufrimiento de la enfermedad y comprender que el propósito del médico es defender la vida.

¿Cuál ha sido el mayor reto que ha tenido que enfrentar en su carrera y qué aprendió?

El mayor desafío que vivía era cómo estudiar sin abandonar el activismo social. Me preguntaba cómo combinar el conocimiento técnico-científico con la transformación social, porque el conocimiento pierde sentido si no se acompaña de práctica social.

Con el tiempo entendí que ambos se alimentan mutuamente. Más adelante, como profesor de medicina, lo tuve más que claro: el desafío científico, si no está ligado a la sensibilidad social, queda incompleto.

CONCEPTOS

¿Cómo ve usted la salud y cuáles son las líneas de investigación que trabaja actualmente?

Comencé investigando los problemas de salud que afectaban a los guaguas de esa época: diarrea aguda y crónica, desnutrición infantil y, sobre todo, la determinación social de esas patologías. Después me interesé por el papel del juego en el desarrollo cognitivo y el neurodesarrollo, tema que combinamos con otros estudios.

Más adelante incursionamos en la investigación-acción participativa vinculada con la comunidad. Ahí trabajamos temas como la resistencia a los antibióticos, desde el enfoque de una sola salud. Como resultado de estos procesos, la Facultad de Medicina convocó en el 2005 a la Asamblea Mundial para la Salud de los Pueblos.



¿A qué se refiere usted cuando habla de una sola salud?

Cuando hablamos de una sola salud, nos referimos primero a la salud de la Madre Tierra. Para los pueblos originarios, la salud siempre ha significado la interdependencia entre seres humanos, animales, plantas y ecosistemas. Todo está conectado.

Y en nuestras investigaciones nosotros fuimos avanzando en demostrar que existe una interacción entre lo visible y lo invisible, eso que casi no vemos: el mundo de las bacterias, hongos y parásitos que habita en nuestros propios cuerpos y en la tierra, y que es esencial para la vida.

Y así, entendimos que la práctica médica no puede centrarse solo en la supervivencia humana, de lo que se trata, en el fondo, es de construir una ética centrada en el cuidado de todas las formas de vida.

¿Cómo interactúa hoy, en este momento de altos retos ambientales, la salud humana con el ambiente, las plantas y los animales?

Bueno, entender el enfoque de una sola salud tiene implicaciones éticas, antropológicas, filosóficas y espirituales. El desarrollo científico ha tendido a fragmentar todo, cuando hoy urge cuidar un planeta enfermo y una sociedad en crisis, defendiendo la vida en todas sus formas. Vivimos tiempos de subespecialización, donde a menudo se privilegia la ganancia y la tecnología por encima de la vida.

Los seres humanos somos recién llegados a este planeta. Mucho antes existían los microorganismos, especialmente las

bacterias, esenciales para la vida: intervienen en procesos como la digestión, el equilibrio químico del cuerpo y el crecimiento de las plantas, y representan gran parte de la biomasa del planeta. La vida es un tejido del que los seres humanos somos apenas un hilito.

¿Cree usted que los antibióticos deben considerarse un bien público o algo que debe reservarse solo para lo que corresponde?

Los antibióticos son un bien público y hay que cuidarlos. Sin ellos, muchos avances de la medicina fracasarían, pues las infecciones bacterianas siguen siendo una causa de muerte y de complicaciones en procedimientos como trasplantes o tratamientos contra el cáncer.

Los antibióticos tienen algo particular y es que disminuyen su efectividad desde que empiezan a usarse, porque las bacterias han desarrollado mecanismos de adaptación a lo largo de millones de años de su existencia y mutan impresionantemente, por eso es importante cuidar los antibióticos y usarlos cuando sea, estrictamente, necesario.

El consumo innecesario de antibióticos responde a una perspectiva medicalizada de la sociedad, que muchas veces busca respuestas rápidas en los medicamentos: si tiene tos, antibiótico; si tiene un catarro nasal, también. Y eso es un gran error. En un estudio que hicimos en Cuenca, vimos que siete de cada 10 niños menores de cinco años con resfriado común habían usado antibióticos, muchas veces automedicados por la propia familia.

Nuestro enfoque busca que la comunidad no solo entienda el impacto negativo

del uso indiscriminado de antibióticos, sino las funciones vitales que cumplen las bacterias en nuestro cuerpo. Cuando usamos antibióticos sin necesidad, no solo eliminamos las bacterias que causan la enfermedad, sino también gran parte de la microbiota que nos protege y ayuda a mantenernos sanos.

RETOS ACTUALES EN LA SALUD Y EL IMPACTO EN LA COMUNIDAD

Actualmente, la defensa del agua es una forma de resistir en una sociedad mercantilizada. ¿Cómo considera usted que incidirá la minería en los páramos en nuestra salud?

Cuando hablamos de minería, surge el problema de la contaminación por arsénico y por metales pesados. No es algo nuevo, se sabe que el arsénico fue uno de los primeros compuestos usados para tratar la sífilis, pero se dejó de usar por su enorme toxicidad.

En los páramos el riesgo es altísimo. El arsénico no solo es tóxico para las personas, también tiene una acción bactericida que destruye organismos fundamentales para la purificación del agua, y no solo contamina, sino que rompe los mecanismos naturales propios del cuidado del agua.

La resistencia a los antibióticos no es solo un problema médico, sino también ecológico. Hoy, muchos ríos de nuestra región están contaminados con residuos de estos fármacos, que llegan al ambiente por su uso masivo, ya sea como promotores de crecimiento o como forma «preventiva» de controlar infecciones asociadas a condiciones inadecuadas de crianza de animales.

Para hacernos una idea, entre el 70 y 80 % de la producción mundial de antibióticos se utiliza en la cría de animales. Gran parte de estos se excretan en heces y orina, entrando en contacto con la tierra y el agua, poniendo en riesgo los cultivos y, en última instancia, nuestra propia salud.

Finalmente, en su trabajo usted habla de comunidades empoderadas. ¿Cómo se construyen y qué retos presentan?

Nuestro trabajo desde ReAct Latinoamérica nació como un programa mundial en la Universidad de Uppsala, y fue desarrollándose en otras universidades. En Latinoamérica tomó forma en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, cuando yo era decano.

Algo clave de lo que hacemos es traducir la evidencia científica al lenguaje cotidiano, porque la ciencia cobra sentido cuando sirve para transformar la realidad dolorosa de nuestros pueblos y promover el bienestar de todos. Así, la comunidad se va empoderando cuando se valora y visibiliza su propio conocimiento, su sabiduría. No se trata de que la universidad produzca saberes y luego vaya a «enseñarlos», sino de construir conocimiento desde el diálogo constante entre academia y comunidad.

Porque la sabiduría está ahí, en los obreros que viven el día a día, en las mamás que crían a sus guaguas, en las familias más pobres, en los barrios, en la naturaleza misma. El Sumak Kawsay no es solo retórica, sino que tiene que ver con los principios de solidaridad, reciprocidad y complementariedad.

Hebra 2

Tejiendo desde la literatura: *La vegetariana* (2007) de Han Kang

HAN KANG *La vegetariana*



**«[...]Si no comes carne,
todo el mundo te devorará».**

La vegetariana es un libro de la escritora Han Kang, ganadora del premio Nobel de Literatura en 2024. Narra la historia de Yeonghye quien, luego de un perturbador sueño, decide dejar de comer carne, pero las pesadillas se mantienen.

Yeonghye tendrá que enfrentarse a los señalamientos, los tratos inquisidores y la violencia ejercida por su esposo y su familia.

El texto, sin duda, te hará reflexionar a partir de la intimidad del personaje y su relación dialéctica entre fragilidad y entereza. Otros libros que te pueden interesar de esta autora son: *El amor en Yeosu* (1995), *Tinta y sangre* (2010), *La clase de griego* (2011), *Guardé el anochecer en el cajón* (2013), *Actos humanos* (2014), *Blanco* (2016) e *Imposible decir adiós* (2012).



Fotografía: Cristian Maldonado Pauta

Urdir

Enseñanza-acción

La metamorfosis prohibida: el sabotaje autoimpuesto del sistema de salud ecuatoriano

Pedro Abril Ortiz¹²

Universidad de Cuenca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0049-8924>

«Todo sistema que pierde su capacidad de mantener el equilibrio
está sentenciado a morir».
(Claude Bernard, 1865)

En la norma, el sistema de salud ecuatoriano garantiza a todas las personas en su territorio el acceso oportuno, integral y gratuito a servicios de salud, alineándose así a las recomendaciones de organismos internacionales (Constitución de la República del Ecuador, 2008). Sin embargo, en la práctica la calidad de intervención y la cobertura del sistema público se han disminuido por problemas de gestión. Frente a una población que, día a día, parece enfermarse más, la respuesta del aparato estatal es deficiente.

Así, la aplicación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) no es compatible con la segmentación de un país en desarrollo. Esta dicotomía se evidencia al contrastar el Art. 362 de la Constitución (2008), que garantiza la obligatoriedad total de la salud, con

los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2023), que revelan un gasto de bolsillo superior al 33 %. Esto demuestra que la cobertura universal es, en la práctica, financieramente insostenible bajo el actual modelo de salud.

En gran parte de los sistemas de salud de América Latina se destina menos del 8 % del presupuesto sanitario a políticas de prevención y promoción, y alrededor del 29 % al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS). Esta distribución resulta contradictoria si se considera que la evidencia científica — desde la Declaración de Alma-Ata (1978) y el modelo de Dever (2016) — demuestra que la atención primaria puede resolver más del 80 % de los problemas de salud de la población. Por lo tanto, una mayor inversión en APS puede prevenir

12. Interno rotativo de medicina. Actualmente es estudiante de la Universidad de Cuenca y realiza sus prácticas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en Cuenca.



Fotografía: Pedro Abril Ortiz

complicaciones y, en consecuencia, evitar el gasto catastrófico asociado a la atención de enfermedades avanzadas. Esto cobra relevancia si se considera que, aproximadamente, el 90 % de los determinantes de la salud se encuentran relacionados con los estilos de vida y el ambiente.

El colapso del sistema sanitario ecuatoriano, fruto de decisiones eminentemente políticas alejadas de lo técnico-científico, ha significado un gran reto que los estudiantes de ciencias de la salud hemos tenido que afrontar, algo para lo que no estamos preparados durante nuestra formación.

Para los gobernantes de turno no constituye un rédito político invertir cinco o diez años en programas y estrategias de concientización y prevención de la salud, prefieren nuevos hospitales gigantescos y llamativos, sin importar que los que existen están desabastecidos o saturados. Estas políticas en su mayoría son validadas por parte de los medios de comunicación masiva, redes sociales e, incluso, las grandes multinacionales farmacéuticas, tecnológicas y empresas de seguros, a quienes les conviene mantener un sistema de salud gigante e incrementar una población enferma. De este modo, se detiene la metamorfosis cultural que apuntaba en algún momento a fomentar un modelo preventivo de salud en Ecuador. Así, sin una política real de prevención, un sistema de salud «obligado» a subvencionar todo es insostenible.



Fotografía: Pedro Abril Ortiz

Por esta razón los estudiantes de ciencias de la salud, el escalafón más versátil de la compleja cadena hospitalaria, debemos asumir «responsabilidades» que, en gran parte del quehacer médico, nos colocan como primer contacto con el paciente y su dolencia, enfrentando así desafíos extremos de nuestra formación, como las necesidades médicas de una población diversa, a la que, aunque pocos se atreven a

decirlo abiertamente, hemos privado de desarrollar acciones preventivas en el campo de la salud.

Actualmente, los pacientes acuden directamente al especialista, sin antes atravesar la atención primaria de salud, una atención que busca brindar recomendaciones preventivas desde un abordaje general e integral.

Frenk (2016) indica que «los hospitales y su capacidad resolutive son el reflejo de un sistema de salud solvente». Aunque se afirma que la panacea a todos los problemas de salud está en resolver los de disponibilidad y acceso al sistema, no es totalmente cierto, porque ¿qué pasaría si el indicador de la eficiencia del sistema de salud se determine por el volumen de atenciones primarias y la cantidad de enfermedades que han logrado prevenirse?

Por ejemplo, evitar el consumo de bebidas azucaradas y comidas altas en carbohidratos en población con antecedentes de riesgo prevendría la diabetes mellitus temprana y reduciría el número de intervenciones cardiovasculares, de altísimo costo en hospitalización. Este ahorro podría servir para reinvertir insumos y equipos que los hospitales actualmente no disponen.

Los internos de medicina somos testigos de la carencia en los hospitales. Poco se habla de las «listas» que se entregan a los pacientes y sus familiares con los insumos que deben adquirir por su cuenta, porque el sistema no los dispone. A veces las listas se acumulan porque el paciente no cuenta con los recursos.

Cuando no hay lista, los usuarios se sorprenden de que exista la medicación completa en farmacia. En este contexto, donde los gastos de bolsillo hospitalario¹³ son frecuentes, las prohibiciones administrativas para solicitar insumos y medicinas no son compatibles con la urgencia de los enfermos por un tratamiento eficiente, temprano y completo.

Los internos rotativos de medicina ocupamos el último espacio de evoluciones y epicrisis¹⁴. Sabemos que el único momento de formación en prevención de reingresos hospitalarios y promoción de salud se encuentra

cuando realizamos las indicaciones de alta: apenas 10 a 15 minutos para prescribir a pacientes que llevan al menos una semana hospitalizados y cuyas complicaciones los afectarán en múltiples ocasiones a lo largo de su vida. Por esto no resulta extraño volverlos a ver.

Frente a esto, callamos, ¡cómplices! Aunque a veces envalentonados por nuestra juventud o por nuestra experiencia, apostamos a la rebeldía, a la confianza y a la gentileza humana para acercarnos a la realidad de los enfermos, y no solo a la enfermedad.

13. Son aquellos gastos directos de los hogares en medicamentos, consultas y servicios de salud, indica la OMS.

14. Se refiere a un resumen médico que se realiza al final de una hospitalización.



Es entonces cuando entendemos al paciente como un ser social y no como un conjunto de sistemas orgánicos. La historia natural de la enfermedad se convierte en un fenómeno social. Aconsejar y razonar con los pacientes y sus familias se vuelve un ejercicio más humano que profesional.

De ahí nace un deseo más sencillo: no volver a ver a esos pacientes en mucho tiempo después del alta.

En la práctica los estudiantes nos la ingeniamos para obtener recursos,

crear herramientas y hacer malabares con muestras. Poco se habla de esto en la formación académica universitaria: nos volvemos expertos en activar redes.

La derivación externa es cada vez menos sinónimo de cooperación pública y más de privatización.

Los prestadores externos aceptan procedimientos costosos, muchas veces a crédito, y los pacientes terminan abandonando la promesa de una salud pública para ser admitidos en el sector privado, ya sea por la falta de un examen de laboratorio, un estudio de imagen o un procedimiento complejo.

Siempre hay algún equipo dañado, un insumo que se termina o un profesional que falta. A esto se suman las prescripciones hospitalarias de blindaje, esas que piden todo, porque sí, porque no y por si acaso, para reducir la incertidumbre clínica y el temor a fallar.

Así, los recursos se agotan y se rompe toda la lógica de austeridad, porque en este sistema complejo la clínica —el interrogatorio médico y examen físico— suele ceder espacio a la práctica paraclinica: exámenes complementarios de laboratorio, imágenes o biopsias. Esta lógica fortalece de mil y una formas al sector privado y los proveedores

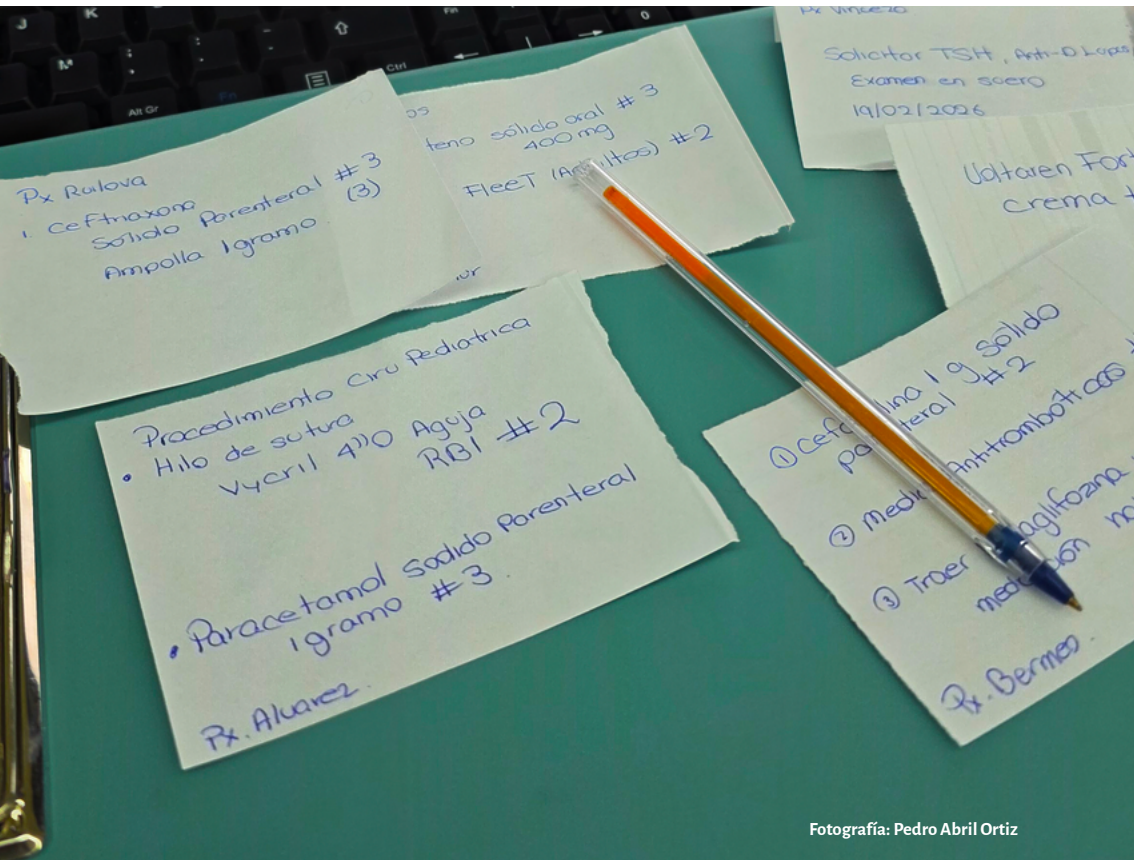
externos, porque entre pasillos se dice que ser prestador del MSP o del IESS es un negocio redondo.

Es entonces cuando los estudiantes despertamos de las utopías de los primeros años en las aulas, cuando creíamos que cada enfermedad tenía un tratamiento claro. En la práctica nos enfrentamos a una realidad cruel: faltan insumos y abundan enfermedades prevenibles —cánceres que no debieron avanzar, patologías cardiovasculares y respiratorias que pudieron evitarse— si existieran políticas de prevención y conciencia de la población.

Estas condiciones terminan saturando la capacidad hospitalaria del Ecuador. Ante esto surgen preguntas inevitables: ¿es este modelo reactivo la crónica de una muerte anunciada?, ¿es un sabotaje autoimpuesto del sistema de salud ecuatoriano? Pero, aún más importante: ¿dejaremos que siga siéndolo?

Referencias bibliográficas

- Asamblea Constituyente. (20 de octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial.
- Dever, G. E.. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466.
- Frenk, J. (2016). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública* (3.ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Boletín Técnico N° 01-2024-CSS: cuentas satélite de salud 2017-2023*. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Lucio, R.; Villacrés, N.; Henríquez, R. (2011). *Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), S177-S187.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS.
- Organización Panamericana de la Salud. (19 de septiembre de 2024). *Perfil de país-Ecuador*. Disponible en <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>





In memoriam. Deisy Aluma Sánchez (1946-2012): mujer pionera de la radioterapia en Ecuador

Leonardo Alvarado¹⁵

Deisy Aluma nació el 26 de febrero de 1946 en Cuenca. Hija de padre colombiano y madre ecuatoriana, cuando era pequeña se trasladó a la ciudad de Buga, en Colombia, con su familia, pues su papá, Reynel, quien era médico, decidió ejercer su profesión ahí.

En 1965 regresó a su ciudad natal para estudiar Medicina en la Universidad de Cuenca, ya que la familia de su madre, Aurora Sánchez Valdivieso, vivía aquí. Eso constituyó un aliciente y una ventaja frente a su decisión.

Deisy Aluma fue la primera mujer en el Ecuador en desempeñarse como médica rural y radioterapeuta, convirtiéndose en un referente profesional y social.

Desde sus primeros años de formación se perfiló como una estudiante excepcional. En 1971, se hizo acreedora al premio «Benigno Malo Valdivieso» que la Universidad de Cuenca entrega anualmente a los mejores estudiantes de cada promoción.



15. Viudo de Deisy Aluma. Fue director de la Clínica Santa Ana y del Hospital «José Carrasco Arteaga». Médico rural en Suscal (Cañar). Docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca y Universidad Católica. Fundador de la Asociación de Gastroenterología de Cuenca. Ejerció cargos políticos como Prefecto Provincial, Concejal y Vicealcalde de Cuenca. Fue fundador de la Asociación de Teatro de la Escuela de Medicina (ATEM). Fue presidente del Club de Fútbol Deportivo Cuenca.

Fue de las pocas alumnas mujeres durante toda la carrera en la facultad, y se graduó como la única mujer de su promoción. El internado y la residencia los realizó en el Hospital «San Vicente de Paúl».

En 1971, cuando entró en vigencia el servicio de medicatura rural obligatorio, Deisy se convirtió en la primera mujer en ejercerlo en el país. El servicio lo realizó en la parroquia El Tambo, Cañar, donde desarrolló una gran actividad médica y contribuyó a cambios en la percepción de la salud y el desarrollo social en la comunidad. Por ello fue nombrada como integrante del Comité para la cantonización de El Tambo, que entonces tenía la categoría de parroquia.

Luego de terminar la medicatura rural, viajamos juntos a Buenos Aires y ahí realizó la especialidad de radioterapia oncológica que, en ese entonces, recién comenzaba a implementarse en los grandes hospitales como una base fundamental para el tratamiento del cáncer.

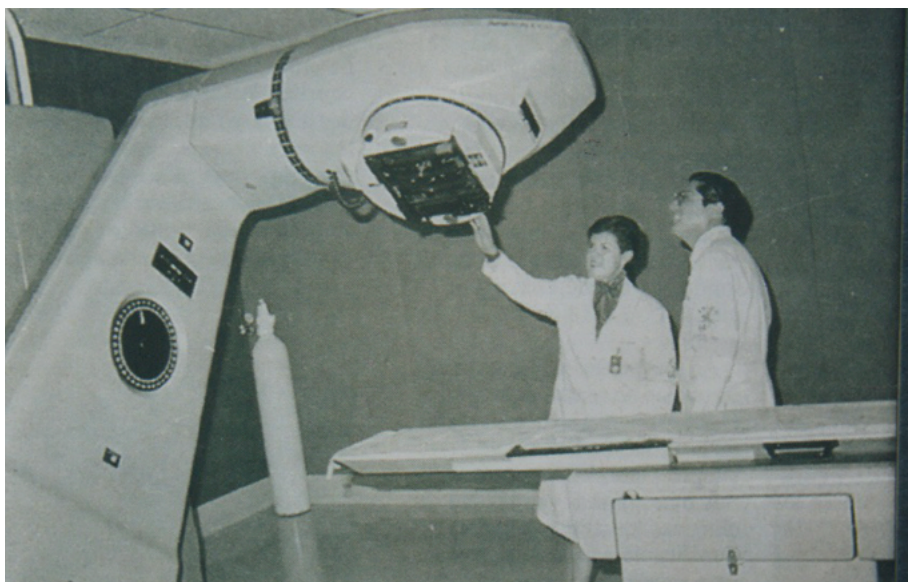
En 1973 obtuvo su especialidad en el Hospital de Cancerología Nacional de Buenos Aires, que ejerció durante toda su vida. Casi de manera inmediata, la

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) la contrató para fundar y ejercer el servicio de radioterapia, convirtiéndose en la primera institución en el país, según se conoce, en implementar tratamientos de radioterapia para pacientes con cáncer.

Permaneció como jefa del área de radioterapia durante 36 años, atendiendo a miles de pacientes. Como parte de su trayectoria profesional, también realizó cursos de especialización en hospitales y países como Cuba, México, Estados Unidos y Colombia, y participó como expositora en varios seminarios dentro y fuera del país, como lo atestiguan sus diplomas.

Daysi es considerada una mujer pionera de la radioterapia en Ecuador. En Quito, recibió numerosos homenajes, entre ellos uno que destacó especialmente su aporte social y su trayectoria como mujer en la medicina y, en específico, en la radiología, un campo que estaba dominado casi totalmente por hombres.

En 2012, el Ilustre Concejo Cantonal de la Ciudad de Cuenca confirió la condecoración post mortem a Daysi Aluma



con la presea «Ramona Cordero y León», por su compromiso de reivindicación de la mujer en su campo de trabajo.

Su trayectoria médica, brevemente detallada en esta exposición, estuvo matizada por sus amplios valores humanísticos y filantrópicos, en favor de la mujer trabajadora. Muchas de sus acciones no han sido difundidas por voluntad propia. A su alta formación académica y profesional se sumaron sus vastos conocimientos en música, sobre todo en la clásica. Fue una conocedora, como pocos, e intérprete de piano. Actuó como pianista de la recordada Orquesta Médica de Cuenca.

En nuestra vida familiar hay tantas cosas que nos unían y compartíamos. Nos casamos en quinto año de la carrera, éramos los únicos casados en la facultad. Mientras estudiábamos, un compañero compuso unos versos cortos y cómicos sobre nosotros: «no son muertos los que en dulce calma / de paz disfrutan de la tumba fría; /

muertos son los que, teniendo novia, / estudian anatomía». Estas rimas simbolizaban, con humor, las dificultades que pasábamos en la facultad.

Nuestros hijos, Aurora Berenice y Reynel Alberto, llegaron luego de 8 y 9 años de matrimonio, respectivamente. Pasamos varios años sin descendencia, pues tuvimos que posponer la familia por causa de nuestra formación.

Deisy fue una persona extraordinaria como mujer, compañera, científica e intelectual. Fue una lectora incansable del género novelístico, sobre todo conocedora como poca gente del mundo, del cine clásico, americano, francés e italiano. Propietaria de una de las más grandes colecciones de películas y de libros sobre cine y música.

Concluyo este texto, transcribiendo unos párrafos dedicados a Deisy, en la época en la que, dicho sea de paso, fue reina de la Facultad de Medicina:

Nosotros, al decirte reina,
queremos acercarnos con el alma
y sentir tu aliento
saber de tu ternura, sencillez y encanto.
Deisy, nombre fin de soledad
tu nombre entre nosotros
es luz, mirada, amor y sonrisa
un ave que canta
puede hablar mejor de ti.

Fotografías cortesía de familia Alvarado Aluma

Hebra 3

Tejiendo desde el contexto: en tiempos de crisis, la autoayuda no ayuda

En tiempos de crisis, cuando los problemas sociales afectan profundamente las condiciones de salud en general, incluyendo la salud mental; comprender cómo gestionarla se convierte en un reto fundamental para la psicología.

En esa línea, David Moreno Calle, psicólogo clínico graduado de la Universidad de Cuenca y creador de contenidos, explora temas como el duelo, la resiliencia, la autoayuda, entre otros. desde un abordaje estructural.

En relación al tema de la autoayuda, Moreno señala que:

La autoayuda, el *coaching* y el discurso de las energías son el populismo de la psicología, te venden frases bonitas para no tocar lo que de verdad duele, porque enfrentar lo estructural no vende tanto como prometer transformación en tres pasos.

Hoy te recomendamos uno de los *reels* en los que David reflexiona sobre la importancia de la asistencia psicosocial con sentido humano y colectivo. En él cuestiona la llamada autoayuda, al considerarla una concepción que nos abstrae de los problemas reales y cae en la falacia del voluntarismo individual.

¿Qué pasa si la tristeza no es una falla, sino una relación lógica a un mundo en crisis y si la ansiedad no es un trastorno, sino una alerta de que algo está fundamentalmente roto?

Para escuchar el
contenido relacionado,
visita el link:





Tejer

Un caso, un ejemplo

Arte y bienestar mental: implementación de talleres artísticos con un enfoque holístico para hombres, mujeres y adolescentes en el CETAD 12 Pasos

Ximena Moreno Ríos¹⁶

Universidad de Cuenca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6039-6826>

Dicen que hablar es una forma de sanar. El psicoanalista y profesor brasileño Christian Dunker dice: «La forma en que hablamos lo que sufrimos cambia lo que sufrimos». De modo similar, Jacques Lacan señala «la palabra mata la cosa». Hablar de lo que nos ha lastimado es observar, entender y resignificar lo que hemos vivido.

El proyecto «Arte para el bienestar mental: implementación de talleres artísticos con un enfoque holístico para hombres, mujeres y adolescentes en el CETAD 12 Pasos» nace de una necesidad situada y urgente: desarmar y reconstruir las estructuras identitarias que atraviesan las personas en aislamiento terapéutico en contextos de drogodependencia. Aquí, la identidad no se repara, se destruye, se cuestiona, se resignifica, a veces con cuidado y otras con incomodidad.

La propuesta se sostiene en el ejercicio pedagógico de arte como un proceso situado, consciente y profundamente humano.



¹⁶ Docente e investigadora de la Carrera de Artes Visuales de la Universidad de Cuenca.



No hablamos del arte como un fin decorativo comercializable ni como una manualidad distractora terapéutica, sino como un espacio de acción procesual donde el dolor y el caos –inevitables en estos contextos– pueden transformarse en resiliencia, como cuando una herida deja de doler cada día, aunque parece un recordatorio de que algo cambió.

El proyecto se enmarca en la propuesta de Luis Camnitzer, quien posiciona al arte como una forma anárquica de pensamiento y como un medio para crear espacios de encuentro y contención. Crear, en este marco, se traduce en destruir el suelo que nos sostiene y aceptar que todo tambalea. Pensar el arte como aquella actividad estética que rompe las fronteras de los conceptos impuestos permite al beneficiario emanciparse de su categorización de «drogodependiente» para explorar otras identidades posibles. Este espacio creativo, habilita, casi sin proponérselo, la deconstrucción de estructuras sociales que históricamente han intentado definir, reducir y limitar las identidades de quienes habitan estos contextos. Aquí no se trata de encajar, sino de abrir grietas. Desde esta mirada, el proyecto demanda la concepción de la salud como un derecho humano integral.

Lo emocional, lo corporal, lo simbólico y lo social no se piensan por separado, pues forman un tejido denso, inseparable, a veces incómodo de mirar de frente.

En este sentido, el arte reconoce y asume su rol social y deja de ocupar un lugar secundario para convertirse en artivismo: una práctica de cuidado, escucha y transformación social. Se trata de una experiencia estética que no promete respuestas ni representaciones, pero sí busca desautomatizar la mirada, recuperar la humanidad y la

conexión con lo real desde la presencia en un mundo cada vez más ausente, conectado al algoritmo. En este marco, el carácter político del arte, mediado por la educación, deja de ser una abstracción y se vuelve acción concreta, incidencia real, una manera de disputar sentidos en lo colectivo.



Trabajar desde la honestidad nos ha llevado a fracturar el imaginario social, porque supone reconocer que la verdad, de alguna manera, siempre incomoda. Esa incomodidad se dirige, por un lado, hacia la sociedad, que se ve interpelada a mirarse y reconocerse; por otro lado, exige ocupar un lugar consciente dentro de la escena, asumiendo la responsabilidad individual y colectiva frente a este complejo problema de salud pública que no admite miradas complacientes.

En este proceso, el equipo de trabajo —con especial protagonismo de los y las estudiantes— ha transitado un aprendizaje que rebasa lo técnico y lo disciplinar. La experiencia les permitió percibir el arte no solo como un ejercicio expresivo de representación, sino como una práctica situada, atravesada por la escucha, la observación crítica, el acompañamiento y la responsabilidad ética frente al contexto en el que intervienen. Este aprendizaje se pone en práctica en cada decisión metodológica, en la forma de vincularse con los participantes y en la capacidad de traducir la reflexión teórica en acciones concretas, sensibles y respetuosas, asumiendo un rol activo dentro de un proceso que articula creación, acompañamiento y compromiso social.

A partir de sus resultados obtenidos se evidencia la relación entre los procesos implícitos en la creación artística y una rehabilitación terapéutica integral que fundamenta el accionar de nuevas alternativas pedagógicas proyectadas desde un lenguaje de enseñanza-aprendizaje viable, pero aplicable en dichos centros a nivel nacional, dejando abierta la posibilidad al diálogo e invitando a la discusión y al análisis de los resultados expuestos en él.

Lejos de tratarse de intervenciones aisladas, el proyecto se ha construido como un proceso continuo basado en la presencia docente permanente, la vinculación con la sociedad, el papel activo de los estudiantes, el acompañamiento interdisciplinar y un diálogo constante con el equipo terapéutico del CETAD. Hemos trabajado por ciclos, con distintos grupos focales y metodologías, permitiendo que la propuesta crezca de manera orgánica y transversal,

revisándose a sí misma, reconociendo sus límites y alcances.

Durante el último ciclo (septiembre 2025-febrero de 2026), se propusieron talleres artísticos diferenciados en los pabellones de mujeres, adolescentes y varones adultos. Las actividades como creación de personajes mediante títeres, modelado en cerámica y collage, no fueron planteadas como técnicas cerradas, sino como procesos creativos flexibles, ajustados a las necesidades emocionales, cognitivas y sociales de cada grupo. Esta flexibilidad no es improvisación: se sostiene en antecedentes de investigación, sistematización y validación institucional que fortalecen la propuesta y la proyectan como una experiencia replicable.

Los procesos artísticos se transformaron en espacios de alta carga simbólica. El trabajo con arcilla, por ejemplo, permitió volver al cuerpo: tocar, presionar, romper, recomponer. La cerámica funcionó como una metáfora potente de la paciencia y la perseverancia. Trabajar en una pieza durante horas y, en algunas ocasiones, aceptar el quiebre y la ruptura de estas cuando ya están secas y frágiles les permite comprender que el proceso de recuperación es constante y requiere volver a comenzar todos los días, como parte de la historia personal, como si cada pieza materializara su presencia en este espacio y tiempo.

El *collage* habilitó la fragmentación como estrategia narrativa. Recortar, elegir y recomponer imágenes permitió reorganizar visualmente las percepciones que tienen de sí mismos, resignificando el dolor desde nuevos relatos identitarios que no exigen de verbalización directa.

En el caso de los adolescentes, el uso de títeres abrió un espacio lúdico y seguro para proyectar sus miedos, conflictos y emociones. El personaje creado por ellos permitió mirarse a través del otro, generando una distancia simbólica que facilitó la expresión emocional y el diálogo grupal. Aquí el proceso fue muy importante: observar, escuchar, acompañar y volver sobre lo dicho.

Uno de los aprendizajes más significativos ha sido constatar cómo las personas participantes reconocen cambios en su forma de sentirse, comunicarse y mirarse.

A partir de evaluaciones cualitativas y del diálogo permanente con el equipo docente, estudiantil, médico y terapéutico, se evidenció que los espacios artísticos fortalecen la autoestima, alivian el aislamiento social, mejoran la disposición al trabajo terapéutico y favorecen vínculos más empáticos.

Muchos participantes expresaron sentirse escuchados desde un lugar distinto, valorados no por su diagnóstico, sino por su capacidad de pensar y significar a través del arte, descubriendo que les une mucho más que un diagnóstico, cuando al reconocerse en las historias de sus pares crean una red de contención importante que les ayuda a sobrellevar el aislamiento social que demanda su proceso. En los adolescentes se observó una mayor apertura al diálogo. En los varones adultos, la experiencia acumulada de ciclos anteriores permitió reconocer el

arte como una herramienta válida de debate crítico y regulación emocional.

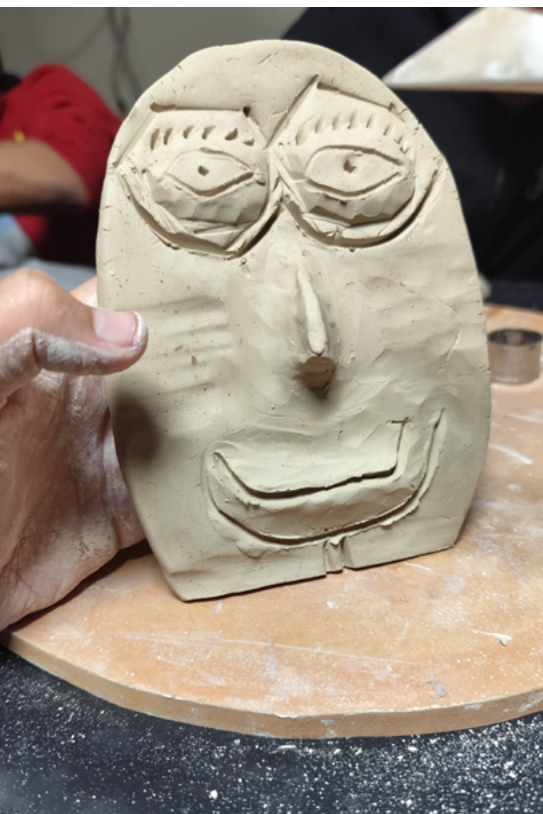
Estas transformaciones no son espectaculares ni inmediatas, son sutiles, pero profundamente significativas. Se trata de procesos de siembra, donde el arte actúa como catalizador de preguntas, conciencia y posibles rupturas frente a estructuras de poder que históricamente han definido la identidad desde la vulnerabilidad.

Desde la Universidad de Cuenca, este proyecto reafirma el sentido ético y político de la vinculación con la sociedad.

No se trata de «llevar» saberes, sino de construirlos junto a la comunidad, desde la presencia, el acompañamiento y el respeto por contextos que suelen quedar al margen de las lógicas del mercado y del espectáculo elitista del arte.

Trabajar desde la universidad pública, y desde las artes, implica asumir un compromiso que va más allá de la contemplación estética. Supone cuestionar las fronteras entre artista, docente y comunidad, para abrir espacios de encuentro donde el arte se entienda de manera integral desde lo cognitivo, emocional y profundamente situado.

El camino recorrido abre preguntas inevitables: ¿cómo sostener estos espacios en el tiempo?, ¿cómo formar a más profesionales en metodologías artísticas aplicadas a la salud?, ¿cómo



ampliar el impacto del proyecto hacia otros centros y comunidades?

Tejer futuro implica reconocer que la acción artística lejos de la pasividad contemplativa, invita a repensar la

experiencia estética como un acto que desborda la institucionalidad.

Sin embargo, persisten aún regímenes estéticos que reproducen lógicas representativas y jerárquicas, recordándonos la urgencia de seguir cuestionando, una y otra vez, la función social del arte en el presente.

Referencias bibliográficas

- Acaso, M.; Megías, C. (2017). *Art thinking: Cómo el arte puede transformar la educación*. Paidós.
- Camnitzer, L. (2017). *Arte y pedagogía*. Fundación Museos Nacionales.
- Caeiro Rodríguez, M. (2018). Aprendizaje basado en la creación y educación artística. *Arte, Individuo y Sociedad*, 30(1), 159-177.
- Dunker, C. I. (2015). *Mal-estar, sufrimiento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. Boitempo.
- Lacan, J. (2009). *Escritos* (T. Segovia, Trad.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1966)
- Moreno, X. (2024). Guía metodológica de educación artística con Art Thinking para el acompañamiento terapéutico de mujeres drogodependientes. *Revista de Investigación y Pedagogía del Arte*, (15).
- Ranciére, J. (2009). *La distribución de lo sensible: estética y política* (Trad. C. Durán). Prometeo Libros. (Obra original publicada en 2000)
- Sánchez de Serdio, A. (2016). *Arte y educación: la necesidad de un encuentro incómodo*. *Artnodes*, (17), 2-5.

Proyecto

Arte para el bienestar mental: implementación de talleres artísticos con un enfoque holístico para hombres, mujeres y adolescentes en el centro de rehabilitación CETAD 12 pasos

Equipo

Directora:

Ximena Moreno Ríos

Docente:

Sonia Pacheco

Estudiantes:

Diliane Camargo, David Merchán, Lisseth Piña, Makeby Mora, Adam Moreira y Camila Quezada

Fotografías

Ximena Moreno Ríos

Hebra 4

Tejiendo desde el cine: *Intouchable* (2013)



País: Francia

Duración: 115 min

Guion y Dirección: Eric Toledano y Olivier Nakache

La película narra la historia de Philippe, un aristócrata quien queda tetrapléjico luego de un accidente en parapente. Él, en búsqueda de un asistente personal, contrata a Driss, un exconvicto que inicialmente buscaba recibir el subsidio por desempleo, esperando otra negativa, pero que, sorprendentemente, acepta la propuesta laboral.

Poco a poco se genera una relación de confianza y de complicidad entre ambos. La película pone en perspectiva, de una manera cómica, la necesidad de respeto como valor fundamental, superando los estigmas que existen frente a una persona tetrapléjica y su autovalencia y los prejuicios a los que se enfrenta un exconvicto como Driss.

«A veces debes entrar en el mundo de otro para descubrir lo que le hace falta al tuyo».



Clasificados

En la prensa escrita se acostumbraba una sección como esta, en la que la gente ofrecía servicios o productos a una comunidad. Hemos querido recuperar esa tradición con un sentido mucho más profundo que el de una simple transacción económica.

Aquí tienes recomendaciones valiosas desde dentro de nuestra comunidad universitaria, o de gente que conocemos, de personas trabajadoras que realizaron nuestros cursos de capacitación profesional y necesitan de tu apoyo.

¡Sé parte de una red que valora lo hecho aquí, lo hecho a mano, lo hecho con esfuerzo!

AYNI: Feria Agroecológica



La Feria Agroecológica AYNÍ es un espacio en donde productores y consumidores se conectan a través de la comercialización de verduras, hortalizas, frutas, panes, dulces, comida típica, lácteos y productos de granja. Además, ofrece artesanías elaboradas de manera agroecológica y consciente.

Contacto:

Todos los jueves, de 08:00 a 13:00, en el patio posterior del Edificio IQ, en el Campus Central.

Facultad de Ingeniería Universidad de Cuenca



Servicio orientado a fortalecer la vinculación con la sociedad desde las áreas de ingeniería civil, ingeniería eléctrica, telecomunicaciones e informática, a través de los laboratorios de la Facultad de Ingeniería.

Contacto:

ingenia@ucuenca.edu.ec

Ubicación: Víctor Manuel Albornoz y Av. de los Cerezos, en el Campus Balzay.

Just dezserts



Tienda *online* de regalos, detalles, pasteles personalizados y flores.

Ofrecemos postres completos o por porciones, tortas y mini tortas personalizadas.

Contacto:

Damalis Velasco | 0982364725

Amarias



Confección de productos en satén: bandas para el cuidado del cabello, gorros, fundas de almohadas, pijamas en satén y más.

Contacto:

Liliana Cabrera | 0989457853

Look this



Emprendimiento de accesorios hechos a mano: manillas, collares y anillos.

Contacto:

Pamela Mogrovejo | 0963107478

Afthartos discos de vinilo



Elaboración de discos de vinilo personalizados, intervenidos artísticamente y pintados a mano con pintura acrílica. El servicio incluye asesoría básica en el diseño y producción artesanal del disco.

Contacto:

Mario Beltrán | 0997378181

Matok



Galletas artesanales, suaves por dentro y crujientes por fuera. Postres para eventos, mesas de dulces, cajas personalizadas y postres por porciones para cumpleaños, celebraciones y ocasiones especiales.

Contacto:

Eva Goyes | 0997236317

Romané



Elaboración artesanal de postres: cheese-cakes de frutos rojos, maracuyá, chocotortas y carlotas de limón. Cada producto se prepara bajo pedido, con ingredientes frescos y de calidad.

Contacto:

Melanie Leon | 0969290311

Be asterik



Comercialización de artesanías hechas 100 % a mano. Platos para joyas, bolsitos para *gloss*, bolsos para libros, *tablets* y computadoras, platos portalentes, *scrunchies* y más.

Contacto:

Karol Ocaña | 0990190169

Catalu



Bisutería artesanal hecha a mano: aretes, pulseras, collares y anillos. Creamos accesorios únicos, delicados y llenos de intención.

Contacto:

Alison Estrella | 0987738521

EnergyCuenca



Ciencia, tecnología e ingeniería. Empresa dedicada a brindar soluciones integrales en ingeniería eléctrica, eficiencia energética y energía fotovoltaica en diseño y construcción.

Contacto:

Milton Pérez | 0992057313

Ubicación: Calle Pablo Palacio 1-61

Dulceteka



Postres, bocaditos para todo tipo de ocasión, tortas, empanadas, entre otros productos.

Contacto:

Erika Mayancela | 0989702236

SimulaProEc



Plataforma digital tipo curso, incluye simulador para el examen CACES para estudiantes de Medicina, Odontología y Enfermería.

Contacto:

Lizbeth Heras | 0986703848

Elix bordados



Venta de parches bordados a máquina, confección de ropa y calzado.

Contacto:

Daniel | 0981981010

Julieta panadería y repostería artesanal



Productos de repostería y panadería: postres artesanales, cheesecakes, pasteles, postres individuales y dulces tradicionales.

Contacto:

Julieta Fernández | 0993645556

La galleteria593



Ofrecemos galletas y postres: red velvet, choco chips, choco frambuesa, pie de limón, cheesecakes, tarta vasca y más.

Contacto:

Juan Francisco Correa Aguirre | 0993983915

Fundación Ciclo Rosa



Talleres y asesoría gratuita en liderazgo, economía del cuidado y empoderamiento comunitario.

Contacto:

Emilia Cisneros

UCUENCA
PRESS



Te invitamos a conocer nuestro catálogo de libre acceso en:
editorial.ucuenca.edu.ec

Revista Telar #6 abril 2026

Dirección General de Vinculación con la Sociedad

Universidad de Cuenca

Luis Rodrigo Mendieta Muñoz
Rector

Carmen Eulalia Calle Palomeque
Vicerrectora Académica

María de Lourdes Huiracocha Tutivén
Vicerrectora de Investigación e Innovación

Luis Eduardo Ayala Guanga
Director General de Vinculación con la Sociedad

Isabel Aguilar Jara
Juan Martínez Borrero
Cecilia Suárez Moreno
Consejo Editorial Telar

Jessica Alexandra Ochoa Sánchez
Gestión editorial

Cristian Maldonado Pauta
Fotografía de portada y contraportada

Esta revista está dirigida a la comunidad universitaria, la ciudadanía general y las poblaciones específicas con las que se trabaja desde la Universidad de Cuenca.

Para la composición tipográfica de este manuscrito se usó Alegreya, Alegreya Sans y Frank Ruhl Libre.

Centro Editorial UCuenca Press

Guillermo Morán Cadena
Dirección

Estefanía Sarmiento Moscoso
Coordinación

Juan José Loja
Diseño gráfico y editorial

Erika Torres Mogrovejo
Corrección de estilo

Juan Pablo Tigre
Preprensa

Ciudadela Universitaria
Doce de Abril y Agustín Cueva
(+ 593 7) 413 4520
Casilla postal 01.01.168
www.ucuenca.edu.ec

Primera edición

300 ejemplares

Cuenca-Ecuador

