

ARTICULACIONES ENTRE SALUTOGÉNESIS Y DESVIACIÓN POSITIVA PARA UN MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL INTEGRADO EN LA NUTRICIÓN COMUNITARIA ANDINA

Articulations between salutogenesis and positive deviance for an integrated theoretical–conceptual framework in Andean community nutrition

 Tomas Marcelo Nicolalde Cifuentes ⁽¹⁾
CORREO@edu.ec

 Valeria Alejandra Andrade Moncayo ⁽³⁾
CORREO@edu.ec

 Angélica María Solís Manzano ⁽²⁾
CORREO@edu.ec

 Santiago Marcelo Nicolalde Gonzalez ⁽⁴⁾
CORREO@edu.ec

⁽¹⁾ MEDYSTAD, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

⁽²⁾ Universidad Estatal de Milagro, Ecuador.

⁽³⁾ Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador.

⁽⁴⁾ Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador.

Autor de correspondencia:

T. Nicolalde, nicolaldecifuentes@icloud.com

ABSTRACT

Background: Salutogenesis (SAL), developed by Aaron Antonovsky between 1979 and 1987, and the Positive Deviance (PD) approach, operationalized by Jerry and Monique Sternin in the 1990s, represent two influential perspectives in health promotion and public health. Both frameworks share a common orientation toward understanding the factors that generate health and explain why certain individuals or communities achieve favorable outcomes despite adverse socioeconomic and environmental conditions. **Objective:** This theoretical-conceptual article pursues three objectives: (1) to examine the conceptual foundations of salutogenesis and positive deviance within their respective theoretical traditions; (2) to identify the principal convergences and complementarities between the two frameworks; and (3) to propose an integrative model (SAL-PD Model) for application in community nutrition, particularly in settings characterized by high rurality and ethnic diversity, such as the province of Chimborazo, Ecuador. **Core Argument:** Within the proposed framework, salutogenesis provides the theoretical foundation through its central constructs—the Sense of Coherence (SOC) and Generalized Resistance Resources (GRRs)—while positive deviance contributes a participatory research-action methodology for identifying and mobilizing successful locally derived practices. The integration of both perspectives offers a conceptual basis for understanding and strengthening health-promoting behaviors in vulnerable populations. **Originality and Contribution:** The article proposes a theoretically coherent integration of salutogenesis and positive deviance, highlighting their complementary explanatory and methodological contributions. The resulting framework is intended to support the design, implementation, and evaluation of community-based nutritional interventions aimed at addressing chronic child malnutrition (stunting) in Andean Indigenous communities. **Implications:** Potential implications for research, professional training, and public policy in nutrition and health promotion are discussed, with particular attention to culturally relevant and community-centered approaches in resource-constrained settings.

Keywords: *salutogenesis; positive deviance; sense of coherence; community nutrition; stunting; Indigenous communities; health promotion; Chimborazo.*

RESUMEN

Antecedentes / Marco teórico: Aaron Antonovsky forjó el concepto de salutogénesis (SAL) entre 1979 y 1987; Jerry y Monique Sternin operacionalizaron el enfoque de Desviación Positiva (DP) en 1990. Ambos constituyen dos de las corrientes más influyentes en la teoría contemporánea de la salud pública. Desde una óptica epistemológica compartida, ambos convergen hacia la misma orientación fundamental: en lugar de preguntar qué causa la enfermedad, indagan sobre qué genera la salud y qué permite que ciertos individuos o comunidades prosperen aun en condiciones adversas. **Objetivo:** Este artículo teórico-conceptual propone tres premisas principales: (1) examinar los fundamentos conceptuales de cada marco en su debida especificidad; (2) identificar las convergencias de carácter estructural y complementariedades teóricas que los vinculan orgánicamente; y (3) proponer un marco integrador — el Modelo SAL-DP — aplicable a la nutrición comunitaria en contextos de alta ruralidad y diversidad étnica, con especificidad a la provincia de Chimborazo, Ecuador. **Marco propuesto / Argumento central:** Dentro de este marco integrador, la salutogénesis (SAL) provee la arquitectura teórica que sirve de eje explicativo — a través del Sentido de Coherencia (SOC) y los Recursos de Resistencia Generalizados (GRRs) — mientras que la Desviación Positiva (DP) aporta la metodología de investigación-acción para identificar y transferir esos elementos a prácticas locales exitosas. **Originalidad / Postura epistémica:** No se busca una yuxtaposición ecléctica teórica, sino una síntesis genuina que sea teóricamente coherente, reconocible en el Handbook of Salutogenesis, y directamente aplicable a la desnutrición crónica infantil (stunting) en comunidades indígenas andinas. **Implicaciones:** Se discuten también las implicaciones para la investigación, la formación profesional y la política pública en salud nutricional.

Palabras claves: *Chimborazo; comunidades indígenas; desviación positiva; nutrición comunitaria; promoción de la salud; salutogénesis; sentido de coherencia; stunting.*

1. Introducción

¿Qué causa la enfermedad? Esta pregunta, de carácter patogénico, constituyó la base sobre la cual la salud pública del siglo XX fue construida predominantemente; y, ciertamente, produjo avances extraordinarios en la identificación de factores de riesgo, el control de enfermedades infecciosas y, finalmente, el diseño de intervenciones de carácter preventivo. Pero su lógica posee un límite; y este radica en que, al concentrarse en la carencia y el déficit, tiende a generar intervenciones más orientadas a eliminar lo negativo que a fortalecer lo positivo. La biomedicina del riesgo continúa preguntándose, aun hoy, qué vulnera, mas no qué protege o qué sostiene la salud.

Hasta que, aproximadamente a partir de mediados del siglo XX, comenzó a emerger un proceso de profunda reflexión que planteó una pregunta, digamos, un tanto alternativa:

- ¿Qué hace que las personas permanezcan saludables?
- ¿Qué recursos, prácticas y orientaciones permiten que algunas comunidades prosperen donde otras, simplemente, no lo logran?

Dos corrientes de pensamiento, como lo son la salutogénesis de Aaron Antonovsky y el enfoque de Desviación Positiva (DP), desarrollado por Jerry y Monique Sternin (Pascale et al., 2010; Sternin & Sternin, 1997), constituyen, quizás, las expresiones más elaboradas de esta reorientación, o más bien, de esta recontextualización del problema.

Tal afinidad aparece incluso sugerida en una de las obras canónicas de referencia del campo, *The Handbook of Salutogenesis* (Mittelmark et al., 2016), donde se reconoce explícitamente que el enfoque DP posee un potencial significativo para orientar procesos de investigación-acción destinados a explorar los vínculos entre los recursos de resistencia, el sentido de coherencia y la salud.

¿Y qué contexto empírico motiva y aterriza esta discusión teórica? La respuesta se encuentra en la desnutrición crónica infantil en la provincia de Chimborazo, Ecuador, uno de los territorios con mayor prevalencia de retraso en talla (stunting) en América Latina, con cifras alarmantes que superan el 50 % en comunidades rurales indígenas (Freire et al., 2022; Roche et al., 2017). A pesar de décadas de intervenciones, principalmente

fundamentadas en paradigmas deficitarios, la persistencia del problema continúa; y ello se convierte en justificativo suficiente para explorar marcos alternativos.

Es así que este artículo persigue tres objetivos articulados: el primero, examinar los fundamentos netamente conceptuales de la salutogénesis y del enfoque DP en su debida especificidad; el segundo, identificar aquel punto de convergencia natural y estructural donde emergen sus complementariedades teóricas; y, finalmente, proponer un marco integrador (el Modelo SAL-DP) junto con sus implicaciones para la investigación, la formación profesional superior contemporánea y las políticas de salud nutricional en la provincia de Chimborazo, Ecuador.

La Salutogénesis y la anatomía de un Paradigma

Origen y Contexto Intelectual

¿Cómo podía ocurrir que mujeres expuestas a uno de los episodios más traumáticos, y ciertamente devastadores, de la historia humana, conservaran aun ciertas formas de estabilidad psíquica, equilibrio interno o capacidad de seguir funcionando emocionalmente? Esa fue la pregunta extraña, y a veces incómoda, casi improbable para la epidemiología clásica, que se formuló el médico y sociólogo israelí Aaron Antonovsky (1923-1994), quien, formado profesionalmente en los Estados Unidos, terminaría llegando a aquello que hoy conocemos como salutogénesis, intentando descifrar esta incógnita mediante una observación empírica que, en cierto sentido, rozaba también con lo filosófico.

Antonovsky encontró que, entre aquellas mujeres sobrevivientes de los campos de concentración nazis, un 29 % mostraba indicadores consistentes de adaptación emocional positiva (Antonovsky, 1979). El concepto de salutogénesis (palabra proveniente del latín *salus* (salud) y del griego *génésis* (origen)) fue, precisamente, la respuesta teórica ofrecida a una pregunta que los instrumentos conceptuales dominantes de la época parecían incapaces de responder. Había allí una paradoja difícil de ignorar, ya que incluso en territorios atravesados por el sufrimiento extremo, la salud, de alguna manera, persistía. Lo que Ramos Herrera y Cisneros García (2026) caracterizarían décadas después como "a fundamental paradigm shift from the traditional pathogenic orientation" pues se estaba gestando, todavía de forma intuitiva, en aquella observación empírica de Antonovsky.

La verdadera genialidad de Antonovsky consistió en rechazar la dicotomía salud/enfermedad como única categoría legítima de análisis; y, en lugar de aquello, proponer el continuo *ease/dis-ease*, concibiendo la salud no como un estado fijo, sino como un desplazamiento permanente, una oscilación inestable entre órdenes precarios. La salud aparecía entonces menos como una frontera y más como un tránsito; menos como una certeza clínica y más como una navegación incierta a través de grados variables de equilibrio y desintegración. La formulación era deceptivamente sencilla en su enunciado; el modelo, en palabras de Kenya et al. (2026), "redefines health as a continuum between *ease* (health) and *dis-ease* (illness), emphasizing the human capacity to adapt, manage, and find meaning in life's challenges" (p. 22). Todos los seres humanos, bajo esta perspectiva, nos encontraríamos ubicados en algún punto intermedio de dicho continuo, desplazándonos constantemente, aun sin advertirlo del todo.

De esta manera, la pregunta clínica y epidemiológica relevante dejaba de ser aquella que intentaba clasificar al individuo dentro de una categoría rígida, casi burocrática, de salud o enfermedad; y pasaba, más bien, a interrogarse sobre cuáles son los factores que determinan el sentido y la velocidad de su desplazamiento a lo largo del continuo. El dispositivo teórico propuesto para responder esa pregunta fue el sentido de coherencia, constructo que, en el núcleo del modelo, "helps one mobilise resources to cope with stressors and manage tension successfully" y, a través de ese mecanismo, determina el movimiento del individuo a lo largo del continuo (Mittelmark et al., 2022, p. 7). En otras palabras, la cuestión fundamental ya no sería únicamente por qué enfermamos, sino también (y quizás sobre todo) por qué, incluso en circunstancias adversas, algunos seres humanos consiguen no quebrarse del todo (Antonovsky, 1987).

Los Recursos de Resistencia Generalizados

Antonovsky se había dado cuenta de que tanto los individuos como las comunidades poseen en su bagaje ciertos recursos que les permiten afrontar los estresores de la vida cotidiana; y a estos los denominó Recursos de Resistencia Generalizados o GRRs. El término "generalizados" no apunta necesariamente a algo abstracto o universal; más bien, Antonovsky intentaba sugerir que existen ciertos recursos que acompañan al sujeto a través de distintas formas de adversidad, casi como una suerte de equipaje invisible frente al desgaste cotidiano de la existencia. Algunos son bastante

concretos y fáciles de reconocer (la alimentación, cierta estabilidad económica, redes mínimas de apoyo); otros, en cambio, resultan más difíciles de delimitar con exactitud, ya que habitan territorios menos cuantificables, como la identidad, la religión, la cosmovisión compartida, los vínculos afectivos o incluso aquella sensación (a veces frágil, a veces decisiva) de pertenecer todavía a una comunidad relativamente cohesionada.

Sin embargo, interpretar los GRRs únicamente como atributos individuales sería simplificar demasiado la propuesta de Antonovsky. Quizás uno de los puntos más importantes de su planteamiento, particularmente útil para pensar el contexto andino, es que dichos recursos no existen solamente dentro del sujeto aislado, sino también en dimensiones comunitarias, organizacionales y societales (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2006). La salud, vista desde esta perspectiva, deja entonces de depender exclusivamente de la voluntad individual; y comienza a relacionarse también con los tejidos sociales, las memorias culturales compartidas y aquellas formas colectivas de organización que permiten amortiguar, aunque sea parcialmente, el desgaste cotidiano de la existencia.

Ello resulta consistente con la caracterización que ofrecen Mittelmark et al. (2022), quienes precisan que los GRRs "arise from the cultural, social and environmental conditions of living and early childhood rearing and socialisation experiences" (p. 108), una formulación que desindividualiza el recurso y lo ancla en la estructura social compartida.

El Sentido de Coherencia

El core del modelo propuesto por Antonovsky es el llamado Sentido de Coherencia (SOC). Y, mucho más que un concepto estrictamente psicológico, el SOC parecería intentar describir algo bastante más común y cotidiano y, al mismo tiempo, bastante más difícil de definir con precisión; pues es aquella sensación, a veces tenue pero persistente, de que el mundo todavía conserva cierto orden o, quizás, cierta lógica interna y, sobre todo, algún motivo por el cual ha de seguir siendo habitado (con sentido). Antonovsky (1987) observó que algunas personas, incluso aquellas que son actores dentro de escenarios particularmente adversos, conseguían interpretar la realidad no como un caos absoluto, sino como algo que todavía podía ser comprendido, afrontado y, en el camino, dotado de algún sentido.

El modelo gira alrededor de tres dimensiones principales. La primera es la comprensibilidad, que es la percepción que uno tiene de que aquello que ocurre posee cierto grado de estructura y no responde únicamente al azar. La segunda es la manejabilidad, o aquella sensación de que existen recursos capaces de ayudar al sujeto a enfrentar y sortear las tensiones más diversas que la vida cotidiana nos plantea. Finalmente aparece la significatividad, relacionada con aquella idea de que incluso el sufrimiento, el esfuerzo o la dificultad pueden conservar algún tipo de valor o sentido existencial, llamémoslo así. Antonovsky parecía sugerir, en el fondo, que cuando una de estas dimensiones se fractura demasiado, las demás comienzan lentamente a deteriorarse también. Comprender la realidad, pero no poder sostenerla, conduce fácilmente a la impotencia; mientras que actuar de manera constante sobre una existencia percibida como vacía termina desgastando incluso la mismísima voluntad de continuar, de seguir adelante.

Hay algo interesante, también, que mencionaba sobre el SOC, y es que no debe entenderse como un rasgo fijo de la personalidad. Se construye lentamente, a través de experiencias reiteradas de tensión, adaptación y aprendizaje, razón por la cual puede fortalecerse o debilitarse con el tiempo (Eriksson & Lindström, 2014). No resulta extraño, entonces, que la Organización Mundial de la Salud haya incorporado la salutogénesis como uno de los marcos relevantes dentro de la promoción contemporánea de la salud, acuñando esto por ahí en el 2016. Ya aterrizando todo esto en nuestra realidad, la salutogénesis ha mostrado también una notable capacidad de adaptación transcultural, junto con asociaciones positivas respecto a la salud percibida, el bienestar psicológico y la calidad de vida en investigaciones desarrolladas en más de 49 países (Eriksson & Lindström, 2006).

La robustez de ese corpus empírico no ha hecho sino consolidarse en la literatura reciente: Tušl et al. (2024) sintetizan que el SOC constituye "an important protective resource for health and well-being" (p. 293), algo verificable con notable consistencia a través de décadas de investigación y contextos poblacionales profundamente heterogéneos.

Sin embargo, la dimensión transcultural del SOC no implica uniformidad de contenido. Aquello que una comunidad percibe como comprensible, manejable o significativo puede variar considerablemente dependiendo del horizonte cultural desde el cual la experiencia es interpretada.

Veronese et al. (2021), en un estudio cualitativo realizado con proveedores de salud palestinos en contextos de violencia política, documentan que las "context-specific features of SOC can mobilize generalized resistance resources" (p. 44) de maneras culturalmente diferenciadas; argumento que refuerza la necesidad de contextualizar cuidadosamente el modelo antes de trasladarlo hacia comunidades indígenas andinas.

El Enfoque de Desviación Positiva, El Tratar de Encontrar Respuestas Propias

Genealogía del Concepto

Entre las décadas de 1960 y 1970 se desarrolló el término desviación positiva de la mano de Marian Zeitlin y sus colaboradores, quienes observaron algo que, para los marcos tradicionales de análisis, parecía casi una anomalía estadística: en comunidades atravesadas por altos niveles de desnutrición infantil existían, sin embargo, ciertos niños que lograban mantenerse adecuadamente nutridos aun perteneciendo a familias igualmente pobres y que también estaban expuestas a los mismos factores estructurales de riesgo (Zeitlin et al., 1990). Había allí una especie de fisura o ruptura de los paradigmas dentro de la regularidad esperada; una pequeña excepción que obligaba a replantear la pregunta tradicional. Si la pobreza y la escasez afectaban a todos de manera relativamente similar, ¿por qué algunos casos conseguían desviarse, aunque fuese parcialmente, del destino aparentemente previsto?

Los investigadores denominaron a estos casos "desviantes positivos": individuos que, dentro de un contexto adverso compartido, alcanzaban resultados significativamente mejores que los esperados. La pregunta que emergió posteriormente fue tan simple como profunda: ¿qué prácticas concretas distinguían a estas familias?, ¿y era posible que dichas prácticas pudieran circular, reproducirse o aprenderse dentro de la propia comunidad?

La experiencia que transformó el concepto en una metodología sistemática de intervención tuvo lugar en Vietnam, a comienzos de la década de 1990. Jerry Sternin, enviado por Save the Children con el mandato de reducir la desnutrición infantil en apenas seis meses y sin recursos externos suficientes, desarrolló junto a su equipo la primera Indagación de Desviación Positiva (Positive Deviance Inquiry, PDI) formal. El principio rector era deceptivamente simple: el enfoque DP "assumes that solutions to problems are

already available within the community" (Kassie et al., 2024, Abstract), lo que significaba que la intervención no traía respuestas desde afuera, sino que las identificaba y las hacía circular dentro del mismo sistema social que las había producido.

Pesando y midiendo a todos los niños menores de cinco años en las aldeas seleccionadas, e identificando a aquellos bien nutridos dentro de las familias más pobres, el equipo descubrió prácticas alimentarias poco convencionales, pero notablemente efectivas. Las madres desviantes positivas recogían camarones pequeños, cangrejos y hojas de batata (alimentos localmente disponibles, aunque culturalmente considerados inapropiados para niños pequeños) y alimentaban a sus hijos tres o cuatro veces al día, en lugar de limitarse a las dos comidas habituales (Pascale et al., 2010).

El programa de rehabilitación nutricional comunitaria PD/Hearth, surgido a partir de estos hallazgos, produjo resultados particularmente notorios: dentro del primer año, aproximadamente el 80 % de los niños desnutridos participantes alcanzaron un estado nutricional adecuado. Posteriormente, la metodología fue adaptada e implementada en más de 45 países (Marsh et al., 2004). La máxima que suele sintetizar su filosofía es atribuida a Jerry Sternin: "Es más fácil actuar hacia una nueva forma de pensar, que pensar hacia una nueva forma de actuar" (Pascale et al., 2010, p. 4), formulación que señala una diferencia fundamental entre la educación nutricional puramente informativa y aquella intervención basada en prácticas comunitarias concretas y ya existentes.

Metodología de la Indagación de Desviación Positiva

La PDI sigue una lógica metodológica relativamente característica que comienza, antes que nada, con la definición colectiva del problema junto a la propia comunidad. A partir de allí, se identifica la prevalencia del fenómeno y se delimitan operacionalmente aquellos casos considerados desviantes positivos, procurando controlar, en la medida de lo posible, las variables de confusión de carácter socioeconómico. Posteriormente, las prácticas específicas son exploradas mediante observación participante, entrevistas y grupos focales, intentando rastrear aquellos comportamientos cotidianos que, aun dentro de condiciones adversas compartidas, producen resultados significativamente más favorables.

Con base en dichos hallazgos, se diseñan intervenciones sustentadas en las propias prácticas locales identificadas, permitiendo que

la comunidad no solamente conozca determinadas conductas, sino que pueda practicarlas, incorporarlas y eventualmente reproducirlas dentro de su vida cotidiana. Existe aquí una diferencia importante respecto a buena parte de los modelos clásicos de intervención social como lo son el conocimiento no llega completamente desde afuera ni desciende verticalmente desde una institucionalidad técnica que pretende educar a una población considerada carente; más bien, emerge desde pequeñas prácticas ya existentes, casi invisibles en un inicio, que terminan revelando formas locales de resolución frente a problemas igualmente locales. Finalmente, el proceso incorpora mecanismos de monitoreo, evaluación y diseño de estrategias de escalamiento que intentan conservar cierta sensibilidad respecto al contexto cultural y social específico en el cual la intervención se desarrolla (Lapping et al., 2002; Schooley & Morales, 2007).

En ese sentido, Hills et al. (2025) señalan que el enfoque DP "enables communities to co-create solutions that are culturally relevant and contextually grounded" (Abstract). Y quizás allí se encuentra una de las ideas más interesantes del modelo: las respuestas no aparecen completamente desde afuera, ni son impuestas por alguna racionalidad técnica distante, sino que ya existen, aunque dispersas y casi invisibles, dentro de la propia comunidad. Especialmente en territorios culturalmente heterogéneos, esto resulta relevante; porque muchas veces las soluciones más eficaces no son necesariamente las más sofisticadas, sino aquellas que la comunidad todavía puede reconocer como propias.

Un meta-análisis reciente realizado por Triatmaja et al. (2023) confirmó que las intervenciones basadas en el enfoque DP muestran mejoras en los puntajes LAZ, WAZ y WHZ en niños menores de cinco años, aunque la magnitud del efecto suele variar dependiendo de la duración de la intervención. Quizás esto último no resulte tan sorprendente: las transformaciones vinculadas a la alimentación, la crianza y la vida comunitaria rara vez ocurren con rapidez. Los autores señalan que la mejora del stunting (considerando su naturaleza crónica, estructural y multifactorial) requiere procesos sostenidos en el tiempo; y que la corta duración de muchos estudios analizados (con un promedio aproximado de apenas 12 días) podría estar subestimando el efecto real de la metodología. En cierto sentido, esto último parece recordar algo bastante evidente, aunque frecuentemente olvidado por la lógica tecnocrática contemporánea, las transformaciones reales

dentro de una comunidad rara vez ocurren con la velocidad administrativa que los proyectos institucionales suelen exigir.

Evidencia en Contexto Andino

La evidencia empírica existente dentro del contexto andino ecuatoriano resulta particularmente relevante para el presente marco de análisis. Schooley et al. (2016), por ejemplo, evaluaron la efectividad de una intervención PD/Hearth en comunidades rurales pertenecientes a las provincias de Chimborazo y Tungurahua. El estudio, de carácter cuasi-experimental, comparó índices de malnutrición entre 80 pares madre/hijo distribuidos en seis comunidades de intervención y 184 pares pertenecientes a nueve comunidades de comparación con características socioeconómicas relativamente similares.

Los resultados mostraron mejoras importantes tanto en la diversidad dietética como en ciertos indicadores de crecimiento infantil, contribuyendo a la reducción de la prevalencia de bajo peso. Pero quizás lo más interesante del estudio no radica únicamente en sus resultados cuantitativos, sino en el hecho de que lograba demostrar que ciertas prácticas alimentarias exitosas ya existían dentro de las propias comunidades rurales andinas, aun en escenarios atravesados por pobreza estructural y limitaciones materiales persistentes. De hecho, los propios autores señalan que este constituye uno de los primeros estudios en evidenciar la efectividad del modelo PD/Hearth para mejorar la dieta y el crecimiento en niños menores de dos años dentro de los Andes ecuatorianos.

Complementariamente, Roche et al. (2017) reportaron una prevalencia de stunting del 56.2 % en comunidades de altura de Chimborazo y Tungurahua, identificando que prácticas inadecuadas de alimentación complementaria (particularmente la baja diversidad dietética y la introducción tardía de alimentos de origen animal) constituían factores de riesgo significativos para el retraso en talla. Y quizás allí aparece nuevamente una de las intuiciones centrales de la desviación positiva; incluso dentro de contextos marcados por limitaciones estructurales severas, continúan existiendo pequeñas prácticas cotidianas que consiguen producir resultados distintos a los esperados. La cuestión, entonces, no sería únicamente diagnosticar el déficit, sino también identificar aquellas excepciones aparentemente menores que permiten que ciertos niños logren desarrollarse mejor que otros dentro de condiciones relativamente similares.

Convergencias y Complementariedades: La Síntesis Posible

Reconocimiento Académico de la Conexión

La vinculación entre la salutogénesis y el enfoque de Desviación Positiva no constituye únicamente una asociación especulativa o una coincidencia conceptual superficial. Mittelmark et al. (2016) señalan explícitamente, dentro del Handbook of Salutogenesis, que mientras el modelo salutogénico emerge como una formulación teórica relativamente sólida y estructurada, el enfoque DP se desarrolló más bien desde la práctica concreta y la resolución empírica de problemas comunitarios; y que, aun así, ambos comparten principios profundamente emparentados. Existe, entonces, una especie de afinidad subterránea entre ambos marcos, como si cada uno terminara completando ciertas limitaciones del otro.

Los autores sostienen que el modelo salutogénico podría vigorizar la capacidad de acción del enfoque DP, mientras que la Desviación Positiva, a su vez, volvería más robusto al modelo salutogénico cuando este es llevado hacia escenarios prácticos de intervención (Mittelmark et al., 2016, p. 67). Y quizás allí aparece uno de los puntos más importantes para el presente ensayo, no se trata simplemente de yuxtaponer dos modelos distintos bajo una lógica acumulativa, sino de explorar la posibilidad de una complementariedad mucho más orgánica, donde teoría y práctica terminan reforzándose mutuamente.

Desde el propio campo de la Desviación Positiva, Mottershead et al. (2024) documentaron empíricamente la emergencia de conductas desviantes positivas dentro de una aproximación salutogénica aplicada al estudio de veteranos militares. Sus hallazgos muestran que un SOC elevado puede actuar como mecanismo explicativo de la desviación positiva individual; es decir, que aquellos sujetos capaces de alcanzar resultados significativamente más favorables dentro de contextos adversos podrían ser comprendidos, al menos parcialmente, como individuos con un Sentido de Coherencia más robusto y con una mayor capacidad de activación de GRRs. En cierto sentido, este hallazgo termina funcionando como un puente empírico entre ambos marcos teóricos.

Análisis Comparativo de los Marcos

La Tabla 1 sistematiza las convergencias y diferencias entre los dos marcos en las dimensiones más relevantes para su integración.

Tabla 1. Análisis Comparativo: Salutogénesis y Desviación Positiva en Dimensiones Clave

Dimensión	Salutogénesis	Desviación Positiva
Pregunta fundamental	¿Qué genera salud? ¿Por qué algunas personas prosperan?	¿Quién ya lo resuelve dentro de la comunidad y cómo?
Lógica epistémica	Basada en activos y recursos	Basada en prácticas exitosas disponibles localmente
Marco de resultado	Continuo ease/dis-ease; movimiento hacia polo de salud	Reducción de la brecha entre desviantes positivos y el resto
Mecanismo explicativo central	SOC + GRRs como determinantes del movimiento en el continuo	Prácticas conductuales específicas identificadas empíricamente
Metodología de intervención	Marco teórico orientador; menos prescriptivo en lo metodológico	PDI: metodología participativa sistematizada y replicable
Gestión comunitaria	Central: el SOC es orientación activa hacia la vida	Central: la solución reside en la propia comunidad
Temporalidad	Proceso longitudinal (ciclo vital)	Intervención contextual escalable (semanas a meses)
Cambio conductual	Vía experiencias reiteradas de manejo exitoso de tensiones	Vía práctica activa ('actuar hacia una nueva forma de pensar')
Dimensión cultural	El SOC es universal en su mecanismo; contextual en contenido	Las prácticas PD son inherentemente locales y culturales
Escalamiento	Marco aplicable universalmente; no prescribe permite escalamiento	Metodología escalada en >45 países; protocolos establecidos

Nota: Elaboración propia basada en Antonovsky (1987), Mittelmark et al. (2016), Pascale et al. (2010).

La Complementariedad Teórica en Ambas Direcciones

Lo que la salutogénesis aporta a la DP

El enfoque de Desviación Positiva posee una enorme fortaleza metodológica, aunque, en cierto sentido, continúa siendo relativamente ateórico respecto a sus mecanismos explicativos más profundos. La DP logra identificar qué hacen aquellos individuos o familias que alcanzan resultados más favorables dentro de contextos adversos compartidos; sin embargo, no siempre consigue explicar con claridad por qué ciertas personas, aun habitando condiciones objetivas

relativamente similares a las de sus pares, desarrollan prácticas distintas o logran responder de otra manera frente a la adversidad cotidiana. Y es precisamente allí donde la salutogénesis parece aportar una capa explicativa particularmente útil.

Los llamados desviantes positivos podrían ser comprendidos, al menos parcialmente, como individuos con un Sentido de Coherencia más robusto. Sus entornos les resultan más comprensibles (consiguen “leer”, interpretar o descifrar mejor el ambiente nutricional que los rodea); las demandas cotidianas aparecen como relativamente más manejables (perciben que todavía existen recursos locales disponibles, aun

dentro de escenarios de escasez); y el cuidado de la salud de sus hijos conserva un significado suficientemente importante como para justificar el esfuerzo adicional que dichas prácticas exigen.

Sin embargo, Antonovsky insistía en que un SOC elevado no constituye un atributo innato ni una especie de ventaja psicológica natural. Más bien, emerge lentamente a través de experiencias acumuladas de afrontamiento relativamente exitoso, mediadas por los Recursos de Resistencia Generalizados (GRRs). Y quizás allí aparece uno de los puntos de convergencia más interesantes entre ambos marcos: los GRRs terminan constituyendo, en términos bastante concretos, el sustrato cotidiano sobre el cual emergen muchas de las prácticas identificadas posteriormente por la DP.

Cuando una madre considerada desviante positiva busca activamente alimentos nutritivos disponibles localmente, mantiene ciertas rutinas de higiene o moviliza redes familiares y comunitarias de apoyo, no solamente está ejecutando conductas “correctas” desde un punto de vista nutricional; en el fondo, está activando recursos específicos que le permiten responder de manera distinta frente a condiciones estructurales compartidas. La salutogénesis, en este sentido, aporta algo que la DP, por sí sola, no siempre consigue desarrollar plenamente: un lenguaje conceptual capaz de sistematizar y explicar dichos recursos sin reducirlos únicamente a decisiones individuales aisladas.

Lo que la DP aporta a la salutogénesis

La salutogénesis, al menos en su desarrollo histórico inicial, parece haber sido considerablemente más rica en formulación teórica que en metodología concreta de intervención. Antonovsky logró identificar ciertos mecanismos vinculados a la generación de salud; sin embargo, su modelo no termina de explicar con precisión cómo activar dichos mecanismos dentro de comunidades específicas, atravesadas por realidades culturales, económicas y sociales profundamente distintas entre sí. Y es justamente allí donde el enfoque de Desviación Positiva parece llenar un vacío importante.

La PDI funciona, en términos bastante concretos, como un procedimiento sistemático que, aplicado desde una orientación salutogénica, permite identificar empíricamente qué Recursos de Resistencia Generalizados (GRRs) se encuentran realmente operando dentro de una comunidad

determinada. En cierto sentido, la teoría de Antonovsky consigue categorizar estos recursos, pero no siempre logra particularizarlos dentro de escenarios cotidianos específicos. La DP, por el contrario, desciende hacia la práctica concreta y busca rastrear cómo dichos recursos aparecen encarnados en hábitos, rutinas y pequeñas decisiones diarias que muchas veces pasan inadvertidas para los modelos tradicionales de intervención.

Más interesante todavía resulta el hecho de que el propio proceso de intervención PD/Hogar parece fortalecer, casi silenciosamente, los tres componentes del SOC sin necesidad de nombrarlos explícitamente. La comunidad comienza a desarrollar una mayor comprensibilidad (entender por qué ciertas prácticas funcionan), una sensación más sólida de manejabilidad (reconocer que todavía existen recursos locales disponibles) y, finalmente, una mayor significatividad (percibir que el esfuerzo cotidiano vinculado al cuidado y la alimentación realmente vale la pena). Todo esto ocurre, además, no a través de una transmisión vertical de conocimiento abstracto, sino mediante la práctica reiterada, la experiencia compartida y el descubrimiento relativamente endógeno de soluciones ya presentes dentro de la propia comunidad.

En el fondo, el principio salutogénico según el cual el Sentido de Coherencia se construye mediante experiencias reiteradas de manejo relativamente exitoso de la tensión parece encontrar, en las sesiones PD/Hogar, una de sus expresiones prácticas más claras y visibles.

El Modelo SAL-DP y Una Propuesta de Marco Integrador

Fundamento y Denominación

Se propone denominar Modelo SAL-DP a la síntesis teórica desarrollada en este trabajo. No se trataría, en rigor, de una fusión arbitraria ni de una simple acumulación de conceptos provenientes de distintos marcos, sino más bien de una articulación relativamente orgánica en la que cada enfoque parece operar justamente en el nivel donde muestra mayor fortaleza. La salutogénesis funcionaría principalmente como soporte epistemológico y horizonte explicativo del modelo; mientras que la Desviación Positiva aportaría la dimensión metodológica vinculada a la investigación-acción y a la intervención comunitaria concreta.

Existe, en cierto sentido, una complementariedad casi natural entre ambos enfoques. Uno permite comprender los mecanismos mediante los cuales ciertos individuos o comunidades logran sostener procesos de salud aun dentro de escenarios adversos; el otro ofrece herramientas prácticas para identificar, visibilizar y eventualmente reproducir aquellas conductas exitosas ya presentes dentro de la propia comunidad. La denominación SAL-DP intenta hacer explícito precisamente ese doble anclaje, facilitando no solamente su identificación conceptual, sino también la posibilidad de trasladar el modelo hacia escenarios empíricos concretos.

Principios Orientadores

El Modelo SAL-DP se sostiene sobre una serie de principios tanto epistemológicos como prácticos que intentan orientar, de manera relativamente coherente, la lógica general del marco propuesto. El primero de ellos podría denominarse principio de positividad epistémica. Esto implica que tanto la pregunta de investigación como la intervención misma dejan de partir exclusivamente del déficit, la carencia o la patología; y comienzan, más bien, a dirigirse hacia los recursos, fortalezas y prácticas exitosas ya existentes dentro de la comunidad. La cuestión central deja entonces de ser únicamente qué le falta a la mayoría, para desplazarse hacia algo ligeramente distinto:

¿Qué permite que ciertas familias consigan prosperar aun dentro de condiciones estructuralmente adversas?

A ello se suma un segundo principio, relacionado con la idea de immanencia comunitaria. Las respuestas no son concebidas como algo que debe ser completamente importado desde afuera, ni como conocimiento exclusivamente técnico producido por expertos distantes de la realidad local. Más bien, se parte de la idea de que muchas de las soluciones ya existen, aunque dispersas, invisibilizadas o socialmente subestimadas, dentro de la propia comunidad. El rol del agente externo, bajo esta lógica, no consiste tanto en imponer respuestas ajenas, sino en facilitar procesos de identificación, reconocimiento y circulación de prácticas locales exitosas. Existe aquí, además, un reconocimiento implícito del conocimiento comunitario como una forma legítima de recurso epistémico.

El modelo incorpora también un principio de continuidad salutogénica. El objetivo no se limita simplemente a reducir la enfermedad o contener

el daño, sino a favorecer un desplazamiento relativamente sostenido hacia el polo de mayor salud dentro del continuo ease/dis-ease. Bajo esta mirada, fortalecer el Sentido de Coherencia (SOC), tanto a nivel individual como colectivo, constituye menos un resultado puntual y más un proceso dinámico, progresivo y nunca completamente terminado.

Otro principio fundamental es el de contextualidad étnico-cultural. Los Recursos de Resistencia Generalizados (GRRs) y las prácticas identificadas por la DP no pueden ser comprendidos de manera abstracta o universal, desvinculados de los contextos específicos donde emergen. Particularmente dentro de comunidades indígenas andinas, los recursos de resistencia suelen incluir dimensiones profundamente vinculadas al saber local, a la alimentación ancestral, a las prácticas tradicionales de cuidado y a las estructuras comunitarias de reciprocidad. Desde esta perspectiva, dichos elementos dejan de ser interpretados como simples expresiones “folclóricas” o barreras para el desarrollo, y comienzan a ser reconocidos como activos potenciales dentro de los procesos de salud comunitaria.

Aparece también el principio de agencia participativa. La comunidad no es concebida como un objeto pasivo de intervención, sino como sujeto activo del proceso mismo. El fortalecimiento del SOC colectivo, entendido aquí como una forma de empoderamiento comunitario, funciona simultáneamente como medio y como finalidad de la intervención. En otras palabras, el proceso importa tanto como el resultado obtenido.

Finalmente, el modelo incorpora un principio de sostenibilidad endógena. Las intervenciones alcanzan mayores posibilidades de permanencia cuando logran movilizar recursos ya existentes dentro de la propia comunidad, evitando depender de manera permanente de insumos externos, financiamiento inestable o estructuras institucionales difíciles de sostener en el tiempo. Este aspecto adquiere una relevancia particularmente crítica en contextos de alta ruralidad y acceso limitado a recursos estatales o institucionales.

Arquitectura Operativa

El Modelo SAL-DP opera a través de cuatro niveles relativamente articulados entre sí, los cuales corresponden, en términos generales, a

distintas fases de un proceso de investigación-acción comunitaria. El primero de ellos podría entenderse como una etapa de diagnóstico salutogénico orientado por la lógica de la Desviación Positiva. Aquí se combinan las evaluaciones antropométricas convencionales (particularmente la identificación de desviantes positivos mediante Z-scores, procurando controlar las diferencias socioeconómicas) con la evaluación del Sentido de Coherencia comunitario mediante el cuestionario SOC-13 (Antonovsky, 1993), además del mapeo participativo de los Recursos de Resistencia Generalizados disponibles dentro de la comunidad. El resultado termina siendo un diagnóstico que no solamente pregunta quién logra prosperar dentro de un contexto adverso, sino también con qué recursos, apoyos o prácticas lo consigue; una doble pregunta que los modelos nutricionales tradicionales rara vez formulan simultáneamente.

El segundo nivel corresponde a la Indagación de Desviación Positiva orientada desde una perspectiva salutogénica. La PDI clásica es enriquecida aquí mediante una lectura centrada en los GRRs. Cuando se investigan las prácticas desarrolladas por las familias consideradas desviantes positivas, el interés ya no recae únicamente en las conductas visibles, sino también en los recursos que permiten sostenerlas. El análisis deja entonces de ser exclusivamente conductual (¿qué hacen?) y comienza a incorporar una dimensión más estructural (¿qué recursos logran activar para hacerlo?). La categorización de GRRs (biológicos, psicológicos, interpersonales o culturales) funciona, en este sentido, como una guía para organizar e interpretar los hallazgos cualitativos obtenidos durante el trabajo comunitario.

El tercer nivel corresponde a la intervención PD/Hogar propiamente dicha, aunque diseñada deliberadamente para fortalecer los distintos componentes del SOC. Las sesiones buscan aumentar la comprensibilidad (explicar por qué determinadas prácticas funcionan y cuáles son sus efectos), la manejabilidad (mostrar que los recursos necesarios continúan estando disponibles dentro de la propia comunidad) y la significatividad (vincular dichas prácticas con valores culturales, memorias comunitarias e incluso con nociones como el Sumak Kawsay dentro del contexto kichwa). En consecuencia, la dimensión intercultural deja de ser un elemento decorativo o complementario y pasa a ocupar un lugar central dentro del diseño de la intervención.

Finalmente aparece el cuarto nivel, relacionado con la evaluación del movimiento dentro del continuo salutogénico. La medición de resultados incorpora indicadores antropométricos clásicos, como Talla/Edad Z, Peso/Edad Z o BMI/Edad Z, pero también medidas vinculadas al SOC (pre y post intervención) e indicadores cualitativos relacionados con la activación de GRRs comunitarios. Bajo esta lógica, la evaluación deja de limitarse exclusivamente a los cambios físicos observables y comienza a incorporar dimensiones relacionadas con el fortalecimiento progresivo de la agencia comunitaria. En otras palabras, el modelo intenta distinguir entre modificaciones conductuales de corto plazo y procesos más lentos, aunque posiblemente más profundos, vinculados al fortalecimiento colectivo de la capacidad comunitaria para sostener salud en el tiempo.

Aplicación al Contexto de Chimborazo; Un Reencuadre Salutogénico

El Problema Nutricional en Perspectiva SAL-DP

La provincia de Chimborazo concentra, desde hace ya varias décadas; de las tasas más elevadas de desnutrición crónica infantil dentro del Ecuador. Freire et al. (2022), por ejemplo, reportaron una prevalencia de retardo en talla del 51.6 % en una muestra de niños indígenas menores de cinco años, identificando factores como el bajo nivel educativo materno, la pobreza extrema, la inseguridad alimentaria, el acceso limitado a servicios de salud y las condiciones de alta ruralidad como elementos particularmente relevantes dentro del fenómeno. Sin embargo, reducir el problema únicamente a una enumeración técnica de variables probablemente sería insuficiente; porque Chimborazo no es solamente un territorio estadístico, sino también un espacio atravesado por condiciones históricas, geográficas y culturales profundamente específicas.

Gran parte de estas comunidades habita la cordillera andina a altitudes cercanas a los 3,900 m s. n. m., en paisajes donde el frío, la hipoxia y la distancia respecto a los centros urbanos forman parte de la experiencia cotidiana misma. La hipoxia crónica y sus efectos sobre el eje GH-IGF-1 incorporan, ciertamente, una complejidad fisiológica adicional al crecimiento infantil; aunque, en el fondo, el problema parece ir mucho más allá de lo puramente biomédico. Existe allí una convergencia lenta y persistente entre desigualdad estructural, aislamiento

territorial y formas históricas de exclusión que terminan inscribiéndose incluso sobre los cuerpos infantiles.

Desde una lógica estrictamente patogénica, este escenario suele describirse principalmente como una acumulación progresiva de déficits y factores de riesgo: pobreza estructural, inseguridad alimentaria, acceso limitado a servicios o incluso ciertos patrones culturales frecuentemente clasificados como “inadecuados” desde perspectivas externas a la comunidad. Sin embargo, la reorientación propuesta por el Modelo SAL-DP no niega la existencia de dichos determinantes; más bien, los reconoce como Déficit de Resistencia Generalizados o GRDs. Pero junto a ellos, intenta observar también algo que suele pasar relativamente inadvertido: la existencia simultánea de Recursos de Resistencia Generalizados o GRRs operando dentro de las mismas comunidades.

Entre estos recursos aparecen sistemas tradicionales de reciprocidad andina, como la minga o los prestamos; formas locales de agrobiodiversidad expresadas en granos andinos, tubérculos y plantas medicinales; estructuras comunitarias relativamente cohesionadas; conocimientos ancestrales relacionados con la alimentación y el cuidado; e incluso marcos culturales más amplios, como el Sumak Kawsay, entendido aquí no solamente como una noción filosófica abstracta, sino también como una orientación práctica hacia formas más integrales de bienestar comunitario.

Y quizás allí aparece una de las intuiciones centrales del modelo. Incluso dentro de comunidades con prevalencias extremadamente altas de retardo en talla, continúa existiendo una minoría de familias cuyos niños logran mantener trayectorias de crecimiento relativamente adecuadas, aun compartiendo condiciones materiales similares al resto de la población. La evidencia internacional en contextos comparables parece mostrar este patrón de manera relativamente consistente. La cuestión, entonces, deja de ser únicamente por qué la mayoría no logra desarrollarse plenamente; y comienza a desplazarse hacia otra pregunta, ligeramente distinta, aunque posiblemente más fértil:

¿Qué están haciendo aquellas familias que consiguen desviarse, aunque sea parcialmente, del destino estadísticamente esperado?

Identificar a dichas familias, comprender las prácticas que desarrollan y los GRRs que logran activar, y facilitar posteriormente la circulación comunitaria de esas prácticas, constituye, en términos generales, la agenda operativa del Modelo SAL-DP para el contexto de Chimborazo.

El SOC en Contexto Intercultural Kichwa

Una consideración particularmente importante para la aplicación del Modelo SAL-DP dentro de comunidades kichwa de Chimborazo tiene que ver con la dimensión intercultural del Sentido de Coherencia. Antonovsky sostenía que el SOC funcionaba como un mecanismo relativamente universal, potencialmente aplicable a distintas culturas; sin embargo, el contenido concreto de aquello que cada comunidad considera comprensible, manejable o significativo se encuentra profundamente situado dentro de horizontes culturales específicos. En otras palabras, el mecanismo puede ser relativamente universal; pero el modo en que este adquiere sentido nunca lo es completamente.

Para una madre kichwa perteneciente a una comunidad rural andina, la comprensibilidad podría encontrarse anclada no únicamente en explicaciones biomédicas formales, sino también en marcos interpretativos provenientes del propio saber andino. La manejabilidad, por su parte, puede depender mucho más de redes de reciprocidad comunitaria, vínculos familiares o prácticas colectivas de apoyo que de servicios institucionales frecuentemente distantes o insuficientes. Y la significatividad, quizás la dimensión más profunda del modelo, puede terminar articulándose alrededor de la identidad étnica, de las memorias culturales compartidas y de nociones como el Sumak Kawsay, entendido aquí como una forma de orientación ética hacia el bienestar integral y comunitario.

Sin embargo, reconocer esta especificidad cultural no implica caer en formas simplistas de relativismo ni asumir una postura pasiva frente al problema nutricional. Más bien, ocurre precisamente lo contrario. Las prácticas identificadas mediante el enfoque de Desviación Positiva son, por definición, culturalmente aceptables dentro de la propia comunidad; fueron desarrolladas por madres kichwa, utilizando alimentos localmente disponibles y desenvolviéndose dentro de sus propias estructuras sociales, materiales y simbólicas. En ese sentido, una aplicación del Modelo SAL-DP que resulte verdaderamente

respetuosa del contexto intercultural no comienza imponiendo soluciones externas desde una racionalidad técnica ajena al territorio; comienza, más bien, intentando identificar aquello que ya funciona, aunque sea de manera parcial, dispersa o silenciosa, dentro de la comunidad misma.

Existe además otro aspecto particularmente interesante. La articulación del Modelo SAL-DP con herramientas como el Proceso de Atención Nutricional (PAN) y la Intervención Motivacional Nutricional (IMN) abre la posibilidad de una integración institucional relativamente directa. La IMN, orientada al fortalecimiento de la agencia y de la motivación familiar frente a cambios alimentarios sostenidos, parece operar, aun sin nombrarlo explícitamente, sobre los tres componentes fundamentales del SOC: la comprensión de la situación nutricional, la percepción de manejabilidad frente al cambio y la construcción progresiva de sentido alrededor de la alimentación saludable. Bajo esta lógica, el Modelo SAL-DP terminaría proporcionando un soporte conceptual relativamente articulado para prácticas clínicas y comunitarias que, en muchos casos, ya existen de manera dispersa dentro de los propios sistemas de atención nutricional.

Implicaciones para la Investigación, la Formación y la Política

Para la Investigación Nutricional

El Modelo SAL-DP sugiere una agenda de investigación específica para Chimborazo que combina metodologías cuantitativas y cualitativas. En primer lugar, estudios de PDI en comunidades de la provincia para identificar prácticas de crianza, alimentación e higiene de familias con niños bien nutridos dentro de contextos de alta pobreza, controlando el nivel socioeconómico mediante el Índice de Desarrollo Cantonal (IDC) u otros indicadores compuestos disponibles. En segundo lugar, la adaptación y validación del cuestionario SOC-13 en versión kichwa y en contextos rurales andinos, para explorar la relación entre el SOC comunitario, los GRRs culturales y las trayectorias de crecimiento infantil (Talla Edad Z). En tercer lugar, estudios de cohorte que analicen la relación entre el SOC materno, la activación de GRRs y las trayectorias de Talla Edad Z a lo largo de los primeros cinco años de vida, incorporando la altitud geográfica como variable de estratificación dado su efecto independiente sobre el crecimiento.

Para la Formación Profesional en Nutrición

La integración del marco SAL-DP en los planes de estudio de Nutrición y Dietética implica incorporar la epistemología salutogénica como fundamento conceptual de las asignaturas de Nutrición Comunitaria y Salud Pública, complementando, sin reemplazar, el enfoque epidemiológico de riesgo. Formar a los estudiantes en la metodología PDI como herramienta de diagnóstico comunitario participativo, aplicable en las prácticas pre-profesionales en zonas rurales de Chimborazo, desarrollaría competencias para el diseño de intervenciones culturalmente sensibles que reconozcan los GRRs de las comunidades kichwa como activos de salud. La integración explícita de la evaluación del SOC, individual y colectivo, en los protocolos de diagnóstico nutricional comunitario ampliaría el alcance analítico de la formación más allá de los indicadores antropométricos convencionales.

Para la Política de Salud Nutricional

A nivel de política pública, el Modelo SAL-DP sugiere una reorientación de los programas de intervención nutricional en Chimborazo: pasar de programas centrados en la transferencia de recursos externos (suplementación, educación nutricional top-down, transferencias condicionadas) a programas que identifiquen y escalen prácticas exitosas ya presentes en las comunidades. Esto implica incorporar el mapeo de GRRs comunitarios como componente obligatorio del diagnóstico nutricional territorial, reconociendo la agrobiodiversidad local, las redes de reciprocidad andina y los saberes alimentarios ancestrales como activos de salud. Implica también diseñar indicadores de evaluación de programas que incluyan, junto a los indicadores antropométricos clásicos, medidas del SOC colectivo y de la activación de GRRs comunitarios, que puedan capturar tanto los resultados de corto plazo como los cambios en la capacidad de gestión comunitaria a largo plazo.

» 2. Discusión

El presente artículo parte de una idea relativamente sencilla, aunque no por ello menor: la relación entre salutogénesis y Desviación Positiva parece ir bastante más allá de una coincidencia superficial entre dos modelos parcialmente compatibles. Existe, más bien, una cercanía conceptual que la propia literatura especializada ya había comenzado a insinuar de

manera dispersa (Mittelmark et al., 2016), y que investigaciones recientes empiezan también a observar desde el plano empírico (Mottershead et al., 2024). La intención de este trabajo no consiste únicamente en señalar dichas afinidades, sino en intentar darles cierta estructura y traducirlas hacia una propuesta más articulada, el Modelo SAL-DP, pensada específicamente para dialogar con las particularidades sociales, culturales y comunitarias del contexto andino ecuatoriano.

Sin embargo, también conviene reconocer ciertos límites. El Modelo SAL-DP continúa siendo, por ahora, una construcción predominantemente teórica, y todavía no ha sido evaluado empíricamente como un marco integrado dentro de la provincia de Chimborazo. En consecuencia, buena parte de las afirmaciones relacionadas con su potencial aplicabilidad descansan sobre evidencias parciales que provienen de distintos lugares; estudios que implementan metodologías de Desviación Positiva sin incorporar explícitamente una lectura salutogénica (Schooley et al., 2016; Roche et al., 2017); investigaciones vinculadas a la salutogénesis que no utilizan herramientas DP; y una literatura conceptual cada vez más amplia que comienza a sugerir puntos de encuentro relativamente consistentes entre ambos enfoques (Mittelmark et al., 2016; Mottershead et al., 2024). En otras palabras, la validación empírica del Modelo SAL-DP como propuesta integrada permanece todavía abierta y constituye, en sí misma, una agenda de investigación futura.

»» 3. Conclusiones

La salutogénesis de Antonovsky y el enfoque de Desviación Positiva de los Sternin son dos desarrollos intelectuales que comparten una genealogía epistemológica común, la insatisfacción con el paradigma patogénico, y que se complementan de modo orgánico: la primera provee la arquitectura teórica para explicar por qué ciertas personas y comunidades prosperan; la segunda provee la metodología para identificar a quiénes lo hacen y para transferir sus prácticas. La síntesis en el Modelo SAL-DP opera en tres niveles simultáneos: epistemológico (¿desde qué pregunta miramos la realidad nutricional?), teórico (¿qué mecanismos, SOC, GRRs, explican el fenómeno?) y metodológico (¿cómo lo investigamos y cómo intervenimos?).

Su aplicación al problema de la desnutrición crónica o retardo en talla en Chimborazo no es

una traslación mecánica sino una adaptación contextualmente sensible que reconoce la especificidad del entorno andino-indígena, valora la agrobiodiversidad local, las redes de reciprocidad kichwa y el Sumak Kawsay como GRRs culturales, y coloca a las propias comunidades como agentes principales del cambio nutricional.

La pregunta que orienta el Modelo SAL-DP no es ¿qué les falta a estas comunidades?, sino, ¿qué saben hacer, con qué cuentan, y cómo podemos aprender de quienes ya lo están haciendo bien? Esta reformulación, aparentemente simple, tiene consecuencias profundas para la investigación, la formación de profesionales y el diseño de políticas de salud nutricional en contextos de alta ruralidad y diversidad étnica. La agenda que convoca es amplia: la presente propuesta espera contribuir a su articulación conceptual y a motivar los estudios empíricos que permitan evaluarla y refinarla.

»» 4. Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

»» 5. Financiamiento

Este trabajo no recibió financiamiento externo.

»» 6. Referencias Bibliográficas

1. Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. Jossey-Bass.
2. Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mysteries of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass.
3. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
4. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

5. Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
6. Eriksson, M., & Lindström, B. (2014). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(6), 447–451. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.063677>
7. Freire, W. B., Waters, W. F., Rivas-Mariño, G., Nguyen, T., & Rivas, P. (2022). High prevalence of chronic malnutrition in indigenous children under 5 years of age in Chimborazo-Ecuador: Multicausal analysis of its determinants. *PubMed Central*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9617340/>
8. Hills, A. P., Jayasinghe, S., Mulcahy, K., & Byrne, N. M. (2025). Thriving in the first 1000 days: Lessons from positive deviance among young families. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(10), Article 1600. <https://doi.org/10.3390/ijerph22101600>
9. Kassie, A. M., Eakin, E., Abate, B. B., Endalamaw, A., Zewdie, A., Wolka, E., & Assefa, Y. (2024). The use of positive deviance approach to improve health service delivery and quality of care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 438. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10850-2>
10. Kenya, A., Omondi Otieno, K., Vuyiya, C., & Kenya, H. (2026). From fixing disease to building health: Applying the salutogenic model to 21st-century preventive care — a literature review. *Journal of Contemporary Chiropractic*, 9(1), 20–41.
11. Lapping, K., Marsh, D. R., Rosenbaum, J., Swedberg, E., Sternin, J., Sternin, M., & Schroeder, D. G. (2002). The positive deviance approach: Challenges and opportunities for the future. *Food and Nutrition Bulletin*, 23(4 Suppl. 1), 128–135. <https://doi.org/10.1177/15648265020234S116>
12. Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238–244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
13. Marsh, D. R., Schroeder, D. G., Dearden, K. A., Sternin, J., & Sternin, M. (2004). The power of positive deviance. *BMJ*, 329(7475), 1177–1179. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7475.1177>
14. Mittelmark, M. B., Bauer, G. F., Vaandrager, L., Pelikan, J. M., Sagy, S., Eriksson, M., Lindström, B., & Meier Magistretti, C. (Eds.). (2022). *The handbook of salutogenesis* (2nd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3>
15. Mittelmark, M. B., Bull, T., Daniel, M., & Urke, H. B. (2022). Specific resistance resources in the salutogenic model of health. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström, & C. Meier Magistretti (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (2nd ed., pp. 107–114). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_13
16. Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2016). *The handbook of salutogenesis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
17. Mottershead, R., Isba, R., & Edge, R. (2024). Salutogenesis: A sense of coherence and health among British military veterans exposed to impactful life challenges — The emergence of post-traumatic growth and positive deviance within a life-story approach. *F1000Research*, 13, Article 92. <https://doi.org/10.12688/f1000research.144022.1>
18. Organización Mundial de la Salud. (2016). *Health promotion: Salutogenesis*. WHO. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/salutogenesis>
19. Pascale, R., Sternin, J., & Sternin, M. (2010). *The power of positive deviance: How unlikely innovators solve the world's toughest problems*. Harvard Business School Press.
20. Ramos Herrera, I. M., & Cisneros García, R. A. (2026). Salutogenesis in Mexico and Latin America: Protocol for scoping review. *JMIR Research Protocols*, 15, e83495. <https://doi.org/10.2196/83495>
21. Roche, M. L., Gyorkos, T. W., Blouin, B., Marquis, G. S., Sarsoza, J., & Kuhnlein, H. V. (2017). Infant and young child feeding practices and stunting in two highland

- provinces in Ecuador. *Maternal & Child Nutrition*, 13(2), e12324. <https://doi.org/10.1111/mcn.12324>
22. Schooley, J., Mehta, M., Tran-Huong, H., & Nguyen, H. T. (2016). A community-based positive deviance/Hearth infant and young child nutrition intervention in Ecuador improved diet and reduced underweight. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(11). <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.07.015>
23. Schooley, J., & Morales, L. (2007). Learning from the community to improve maternal-child health and nutrition: The Positive Deviance/Hearth approach. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(4), 376–383. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.02.013>
24. Sternin, J., & Sternin, M. (1997). Combating severe malnutrition in Vietnam. Save the Children/Tufts University.
25. Triatmaja, N. T., Mahmudiono, T., Al Mamun, A., & Abdullah, N. A. (2023). Effectiveness of positive deviance approach to reduce malnutrition among under-five children: A systematic review and meta-analysis of interventional studies. *Nutrients*, 15(8), Article 1961. <https://doi.org/10.3390/nu15081961>
26. Tušl, M., Bauer, G. F., & Jenny, G. J. (2024). Sense of coherence as a protective resource for health and well-being: Contemporary evidence and implications. [Completar datos editoriales si corresponde].
27. Van den Broeck, J., Mulenga, M., Hunt, P., & Mwale, M. (2018). Positive deviance: An expeditious tool for action to ameliorate malnutrition in resource-poor settings. *Nutrients*, 10(7), Article 940. <https://doi.org/10.3390/nu10070940>
28. Veronese, G., Pepe, A., Jaradah, A., Murannak, F., & Hamdouna, H. (2021). Context-specific features of sense of coherence among Palestinian health providers in contexts of political violence. [Completar datos editoriales si corresponde].
29. Zeitlin, M., Ghassemi, H., & Mansour, M. (1990). Positive deviance in child nutrition: With emphasis on psychosocial and behavioural aspects and implications for development. United Nations University Press.