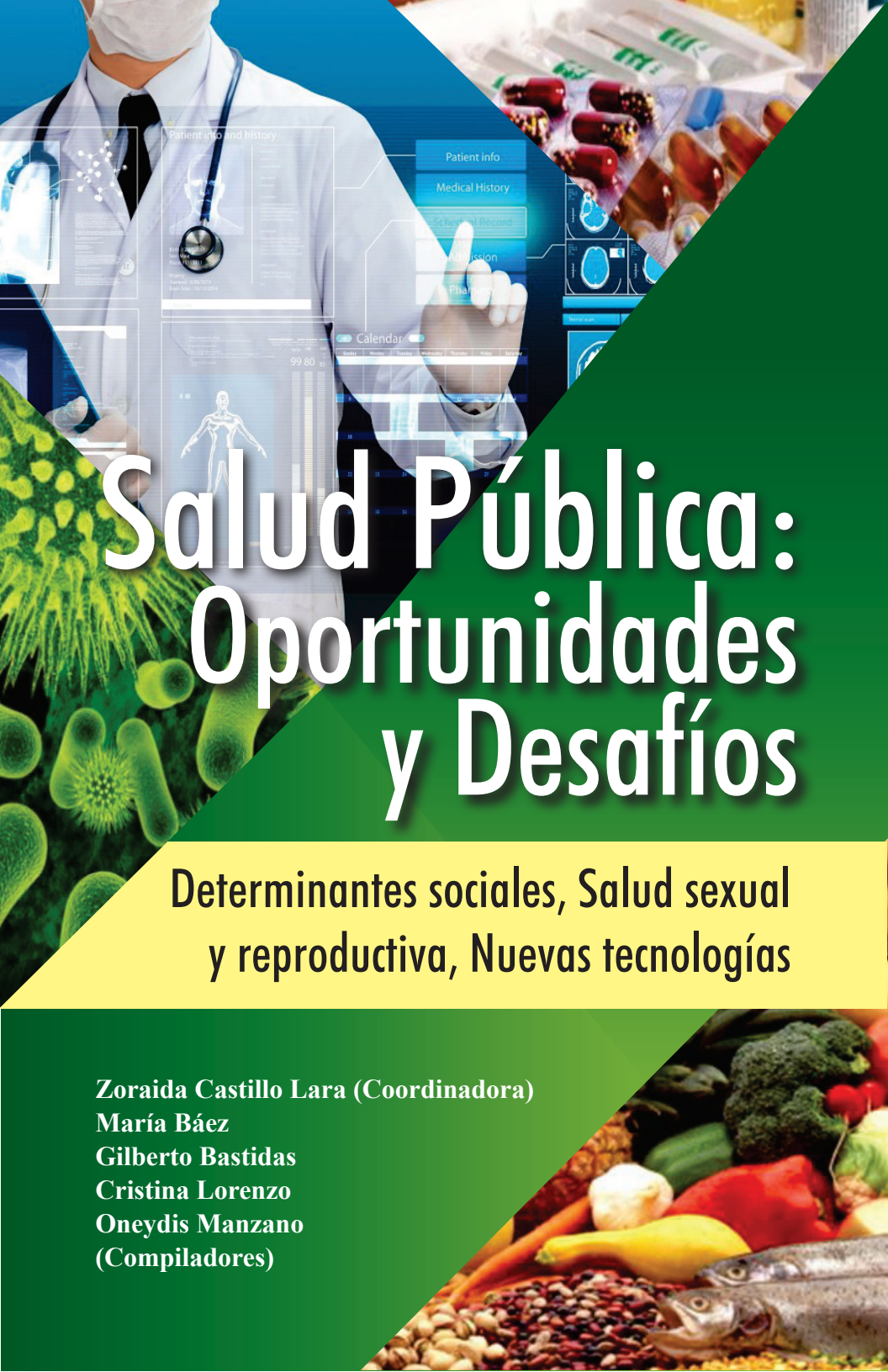




Salud Pública: Oportunidades y Desafíos

**Determinantes sociales, Salud sexual
y reproductiva, Nuevas tecnologías**

**Zoraida Castillo Lara (Coordinadora)
María Báez
Gilberto Bastidas
Cristina Lorenzo
Oneydis Manzano
(Compiladores)**

Salud Pública: Oportunidades y Desafíos

Determinantes sociales, Salud sexual
y reproductiva, Nuevas tecnologías

Salud Pública: Oportunidades y Desafíos

Determinantes sociales, Salud sexual
y reproductiva, Nuevas tecnologías

Hecho el depósito de ley
Depósito legal: CA2018000068
ISBN: 978-980-233-694-4
Medios y Publicaciones Universidad de Carabobo
© Zoraida Castillo Lara (Coordinadora), María Báez, Gilberto Bastidas,
Cristina Lorenzo, Oneydis Manzano (Compiladores)
© Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Carabobo.
Diseño gráfico y diagramación: Zoraida Castillo Lara
Revisión y corrección: María Báez, Zoraida Castillo Lara y Cristina Lorenzo.

Todos los derechos reservados
Valencia-Venezuela, 2018.
Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Carabobo.

Libro arbitrado mediante el método doble ciego, dirigido a divulgar el
trabajo reflexivo, científico e interpretativo en el campo de la Salud Pública
en Venezuela.

Zoraida Castillo Lara (Coordinadora)
María Báez
Gilberto Bastidas
Cristina Lorenzo
Oneydis Manzano
(Compiladores)

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Salud Pública
Universidad de Carabobo
Valencia-Venezuela (2018)



AUTORIDADES

Jessy Divo de Romero
Rectora

Ulises Rojas
Vicerrector Académico

José Ángel Ferreira
Vicerrector Administrativo

Pablo Aure
Secretario

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

José Corado
Decano

Milena Granado
Directora de la Escuela de Salud Pública
y Desarrollo Social

Gilberto Bastidas
Jefe del Departamento de Salud Pública

***Dedicado a la profesora
Daisy Granadillo***

Árbitros

Báez María
 Bastidas Felipe
 Bastidas Gilberto
 Burgos Zulay
 Cárdenas Rosaurora
 Castillo Zoraida
 Chirinos Miralyeth
 Gil Delvalle
 Loaiza Amelia
 Lorenzo Cristina
 Manzano Oneydis
 Molina Nancy
 Ramírez Carlos
 Seijas Eudel
 Vicuña Eilyn
 Villegas Solveig

Contenido

Prólogo.....	11
Semblanza de la Profa. Daisy Granadillo.....	13
La maternidad como constructo social más que biológico	
Cristina Lorenzo Valado.....	15
Violencia homicida: cotidianidad de un país	
Tadeo Gabriel Medina.....	27
Violencia colectiva como factor de riesgo de la salud mental en Venezuela	
Deivis Nieves.....	39
Resiliencia en el estudiante de medicina en el contexto actual de violencia	53
Magaly Ortuno.....	
Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos no vitales: contracultura de la belleza corporal de la mujer venezolana	
Liliana Lessire Vásquez.....	71
La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Una visión desde la perspectiva de Almeida Filho y Silva Paim	
Yralí V. Palacios, Anaid Marcano, Jesús Argenis Villarreal.....	89
Condición física de los estudiantes cursantes de la asignatura Educación Física en el segundo año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo período lectivo 2016	
Ángel A. Vásquez Araujo.....	103
Vivencias del proceso de ablactación de las madres y profesionales de la salud en el Servicio de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”	
Campos Rafael, Carruyo Maitwish, Castro Michelle, Collado María, Mariana Materán, Liliana Lessire.....	121

Experiencia clínica con Hidralazina en el manejo de preclampsia-eclampsia en la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez en el año 2014-2015

Maira Oviedo, Thamara López..... 143

Relación entre nivel de instrucción e infecciones de transmisión en las jóvenes que acuden a la consulta de ginecología en centro de salud privado. Guacara. Enero - julio 2017.

Amelia Loaiza Farfán..... 165

Estrategias docentes para la reducción de la demanda de drogas en escolares

María Karina Arvelo..... 179

Ideología y políticas de salud pública

Jesús Argenis Villarreal, Jesús Antonio Villarreal, Yralí Valentina Palacios..... 195

Promoción de la salud para nativos y migrantes digitales retos a la sociedad del conocimiento

Oneydis Manzano..... 213

Internet y tecnologías de información y comunicación en ciencias de la salud

Oneydis Manzano..... 223

Salud 2.0 una nueva estrategia para la medicina

Aracelis C. Sarmiento Ochoa..... 233

Prólogo

El Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud presenta la publicación titulada “Salud Pública: Oportunidades y Desafíos. Determinantes sociales, Salud sexual y reproductiva, Nuevas tecnologías”, que contiene una serie de temáticas relacionadas al contexto actual de salud que viven los venezolanos, visto desde diversos enfoques y paradigmas investigativos que nutren nuestro entorno educativo universitario.

Entre los ejes temáticos desarrollados en este libro, destacan los determinantes sociales de la salud, la salud sexual y reproductiva, y las nuevas tecnologías. Con relación a los Determinantes Sociales de la Salud, estos son entendidos como las condiciones sociales que causan impacto en la salud, refiriéndose tanto al contexto social como a los procesos que lo conforman, siendo las relacionadas a las políticas públicas aquellas susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas. En este ejemplar, se presentan temas de relevancia y actualidad en nuestro país, como la maternidad como constructo social más que biológico, violencia homicida cotidianidad de un país, violencia colectiva como factor de riesgo de la salud mental, resiliencia en el estudiante en el contexto actual de violencia, contracultura de la belleza corporal de la mujer, crisis de la salud pública, ideología y políticas de salud pública, entre otros.

En cuanto al eje Salud Sexual y Reproductiva, involucra una multiplicidad de factores, comprende aspectos relacionados con la intimidad de las personas como la salud y el bienestar individual, familiar y social y, al mismo tiempo, con cuestiones políticas. Algunas de ellas, como el nivel nutricional, la salud durante la infancia, la niñez y la adolescencia, los estilos de vida y la incidencia del ambiente, entre otras, que han sido en menor o mayor grado estudiadas.

Seguidamente nos encontramos con las Nuevas Tecnologías, que buscan resolver y aportar en los diferentes ámbitos cotidianos en

los que el ser humano se enfrenta a lo largo de su vida. Al hablar de tecnología toca todas las aristas de existencia, impactando en áreas como por ejemplo la alimentación, el transporte o la medicina. En este último ámbito, la tecnología ha avanzado a niveles impresionantes. Los expertos en estos dos ámbitos, tanto científicos como médicos, están constantemente buscando tratamientos y soluciones para poder mejorar la salud a nivel global, donde encontramos investigaciones sobre la promoción de la salud para nativos y migrantes digitales, internet y tecnologías de información y comunicación en ciencias de la salud, y la salud 2.0 como nueva estrategia para la medicina.

Hablar de los Determinantes de Salud es un continuum, en la que estamos inmersos, conocer sobre lo que se hace en micro y en macro, representa una tarea fundamental en el proceso de divulgación y visibilización de las investigaciones. En la medida que las propuestas de investigación sean llevadas a compilaciones literarias académicas, hay más oportunidad de conocer, revisar y actualizar los temas y abordajes que a diario se realizan en la academia. Es por ello, que dentro de la Universidad de Carabobo, en su Facultad de Ciencias de la Salud y especialmente dentro del Departamento de Salud Pública, tenemos como objeto y misión, ser parte y participe en la divulgación científica, elevando la pertinencia social y visibilizando la participación de docentes, estudiantes, investigadores y de todos quienes ejercen la investigación como parte de la vida.

Zoraida Castillo Lara

Semblanza de la Profesora Daisy Granadillo

Egresada de dos de las más prestigiosas instituciones educativas del estado Carabobo y quizás del país, como lo han sido el colegio “Nuestra Señora de Lourdes” y el liceo “Pedro Gual”, nuestra Aula Magna la recibe y allí obtiene su título de Licenciada en Educación, para culminar la primera fase de su formación académica, que complementará con la maestría en Educación mención Investigación y Estadística. U.C. 1985-1987, así como diversos cursos y participación en eventos académicos, que sumados a la gestión administrativa, le dan forma destacada y renombre a su carrera universitaria. Su capacidad para la comunicación y la docencia le permiten lograr con creces su objetivo de compartir sus conocimientos y servir de facilitadora a los cursantes de las diferentes carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud, a fin de que a la culminación de sus estudios posean la destreza y la preparación necesarias para la realización exitosa de trabajos de investigación tanto en metodología como en análisis estadístico. Dicho de esta manera, no le hace justicia a la extraordinaria labor desarrollada como docente de pre y postgrado de nuestra ilustre Universidad, no sólo dentro de las aulas, sino y seguramente más importante, en el entorno del ambiente universitario que propicia el intercambio ameno y cordial con los estudiantes lo cual contribuye de manera significativa a la formación integral de los futuros profesionales en el caso del pregrado y a la profundización de los conocimientos y capacidad para la investigación de los ya graduados.

Destaca dentro de esa productiva actividad universitaria su participación en la edición del libro “Estadística, Herramienta de la Investigación” conjuntamente con otros docentes del departamento de Salud Pública de la facultad de Ciencias de la Salud. Daisy Granadillo forma parte además de un grupo de profesionales de ramas distintas a la medicina, principalmente

educadores, que amplían el espectro docente del departamento de Salud pública y de la Facultad de Ciencias de la Salud, contribuyendo de manera muy importante a diversificar el enfoque en la formación de los futuros profesionales de la salud, esto ha tenido un impacto significativo no sólo en la docencia sino también en la investigación, la extensión y la administración dentro de esa facultad.

La capacidad para la docencia y la comunicación no sólo se expresa en el aula de clase y en la consulta y la orientación a los estudiantes, tiene una manifestación vital en las relaciones entre los docentes, tanto en las reuniones formales de tipo académico como en las conversaciones e intercambios diarios sobre el desarrollo de la actividad educativa. En este aspecto, Daisy Granadillo ha sido, definitivamente, magistral, es decir una verdadera Maestra. Su alegría contagiosa hizo de estas conversaciones un espacio estimulante, propicio al intercambio de ideas, ameno, cordial, incluso puede decirse que hasta festivo. Esas características personales dibujan la figura del verdadero docente. Quienes hemos tenido la suerte y el privilegio de compartir tanta hora de trabajo con Daisy, guardamos con celo esos valiosos momentos.

Este homenaje, por demás merecido y justificado, que hoy rendimos a la profesora Daisy Granadillo, se suma a diversos reconocimientos que dentro del ámbito universitario ha recibido nuestra destacada docente. Quizás el más valioso, que no se expresa en placas o pergaminos, es el que interiormente cada uno de sus compañeros y amigos, quienes compartimos tantos días, semestres y años con ella, llevamos en nuestros corazones y en este breve escrito, que he tenido el privilegio de escribir, se lo hacemos llegar como muestra de nuestro profundo afecto. Seguramente que muchos de sus alumnos si tuvieran la oportunidad, expresarían también su reconocimiento.

Gracias, Daisy la Universidad tendrá siempre una deuda contigo.

José Urbina

LA MATERNIDAD COMO CONSTRUCTO SOCIAL MÁS QUE BIOLÓGICO

Cristina Lorenzo Valado

RESUMEN

El comportamiento reproductivo de las mujeres no obedece a un reloj biológico como los medios comunicacionales hacen creer, obedece a razones subjetivas y culturales. La sociedad ha asignado a las mujeres el papel casi exclusivo de la reproducción y con el paso de los siglos las fue apartando de otros roles. En los últimos años la mujer ha luchado incansablemente por recuperar esos espacios, muchos se han rescatado, otros, como la maternidad, son aún reacios a evolucionar. Por lo que, el presente estudio de carácter documental tiene como propósito comprender los diferentes cambios socioculturales que ha tenido el concepto de maternidad en los últimos años hasta la actualidad, a través de la revisión bibliográfica de diversos autores desde el campo social, cultural y biológico. Si bien la maternidad supone ciertos datos biológicos innegables, es vivida, en términos colectivos y subjetivos, desde la oscuridad de las tradiciones y las costumbres. El proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos arraigados en los sujetos y en las instituciones; y reproducidos en los discursos, imágenes y representaciones; creando un complejo imaginario sobre la maternidad que es inculcado desde el mismo nacimiento de la mujer. Son estos estereotipos los que se han combatido por ser imágenes limitantes de la mujer, ya que ella no solo es madre, es mujer. Mientras no se busquen nuevas vías para comprender el fenómeno de la maternidad de una manera profunda y global que trascienda los tradicionales lugares comunes explicativos de sus tensiones, los costos de la incomprensión seguirán siendo muy altos. En cuanto la maternidad continúe ligada exclusivamente a la mujer, como imaginario social de género, continuará siendo una realidad compleja y ambigua que delimita su desarrollo como ser humano, con derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida.

Palabras clave: Maternidad, Constructo, Social, Cultural, Género.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento reproductivo de las mujeres no obedece a un reloj biológico como la televisión y el cine hacen creer, obedece a razones internas y externas, subjetivas y culturales. La sociedad ha asignado a las mujeres el papel casi exclusivo de la reproducción y con el paso de los siglos las fue apartando de otros roles. En los últimos 60 años la mujer ha luchado incansablemente por recuperar esos espacios perdidos, muchos se han rescatado, otros, como la maternidad, son aún reacios a evolucionar. Para Barrantes y Cubero (1) “La maternidad ha sido entendida como un elemento fundamental en la esencia femenina, lo cual ha provocado que se relacione la palabra mujer con el hecho de ser madre. Sin embargo, desde una posición feminista, esta postura ha sido debatida, ya que se considera inexistente la relación mencionada anteriormente, pues esta se entiende como una representación cultural”.

Como ya se mencionó, la maternidad es un concepto que actualmente ha costado avanzar en su evolución, por cuanto toda su responsabilidad ha recaído culturalmente en la mujer, debido a diversos factores culturales como sociales, pues como lo menciona Royo (2), la maternidad “es un constructo social y simbólico que adquiere diferentes significados en diferentes contextos sociohistóricos”. Durante siglos, la mujer solo tuvo como función ser esposa y madre, ambas relacionadas por el nexo sexual. El papel de la mujer en la sociedad estaba supeditado a su sexo, a lo biológico, desde la sociedad primitiva, nómada, hasta la industrial, la actual, atribuyéndosele patrones de conducta e ideologías específicas a la cultura, la sociedad y el momento histórico que se observe. Walkowitz (3) señala que fue esta labor asignada a las mujeres la que marcó las diferencias entre los sexos y con esto los trabajos que debían realizar los individuos, pues se tenía claro que la labor de la mujer iba a ser lo referente a la maternidad, excluyéndose a los hombres de esta tarea y otorgándosele otras obligaciones.

Razón por la cual, la mujer aún en la actualidad posee una jerarquía de poder, hasta cierto punto intrínseco, ya que a medida que socialmente asume nuevos roles, aumenta su nivel de respeto dentro de su círculo social. Partiendo de un estrato bajo o raso mientras se es soltera, lo cual acarrea ser relegada en la toma de

decisiones o al derecho de opinar en su círculo familiar por no tener experiencia en ciertos temas. Al casarse se asciende a otro nivel, ahora la mujer comienza a ser escuchada entre sus amistades y familiares por ser ahora “esposa y ama de casa”; hasta adquirir un nivel de respeto superior al ser madre. En este estrato ya posee el respeto y la autoridad máxima dentro de su entorno. Según Barrantes y Cubero (4), es así “cómo la figura de la mujer cobra importancia a raíz de su función procreadora, la cual permite que esta se coloque en un lugar de prestigio y relevancia a nivel social”.

Con el pasar de los años se le atribuyeron ciertas características al rol de madre que aún se mantienen y que le confieren esa aura de sabiduría a la imagen materna. Sin embargo, si bien por mucho tiempo se le atribuyó un gran valor a la maternidad por ser el principal y casi exclusivo rol atribuible a la mujer, esa concepción ha tenido una apertura y en la actualidad el papel como madre se sopesa y equilibra con otros papeles adquiridos recientemente.

El siglo XX trajo consigo esos nuevos papeles a la mujer, gracias al movimiento feminista entre los años 1960 y 1970. Según Everingham (5), tenía como objetivo principal la igualdad y la autonomía de la mujer, considerándose que la causa de no poseer dichas condiciones era el rol en la maternidad que las mujeres cumplían, pues debido a la crianza de los hijos se les dificultaba acceder a trabajos y se les colocaba en una posición inferior, de modo que resultaba necesario modificar el rol de madre que se venía presentando comúnmente, para lograr un cambio en la condición de la mujer. Gracias a las corrientes feministas y a esas precursoras de una nueva visión de la mujer, comienzan a romperse esos estereotipos producto de la tradición. Surgiendo una nueva mujer, ya no relegada o en posición de inferioridad con respecto al hombre, sino una persona plena, autónoma y con capacidad de decisión sobre su vida y su cuerpo.

A partir de los años 60'-70', con el movimiento feminista y la llegada de la píldora anticonceptiva, proporcionan nuevas herramientas y escenarios para que la mujer se abra camino. Ya no solo tiene una función reproductiva. Palomar (6) la define como reproducción social, “por cuanto ha sido desde siempre una parte medular del sistema de género, en tanto que en dicha función se conjugan de manera paradigmática las diferencias biológicas de los sexos y las producciones culturales en torno a éstas”. De esta forma,

la maternidad se volvió una vivencia sobrecargada de significados sociales, más que individuales.

Gracias a la llegada de los métodos anticonceptivos (del ritmo, DIU, píldora, implante subcutáneo, entre otros), la mujer comienza a decidir sobre su cuerpo y en consecuencia sobre la maternidad. El ser madre conlleva una sobrecarga simbólica que no solía ir acompañada de un proceso reflexivo acerca de ser o no madre, ni un cuestionamiento previo respecto a lo que representa vivir la maternidad, ya que socialmente, “todos sabemos qué significa” pero pocos se han detenido a pensarlo. El fenómeno de la maternidad se estructura sobre una serie de sobreentendidos de género sin que medie ninguna evaluación sobre los costos que implica el que siga siendo de esta manera.

A partir de este punto se asume que para poder comprender la maternidad como fenómeno sociológico y antropológico, pero también como fenómeno subjetivo, es necesario mirarlo desde ángulos nuevos que permitan otras posibilidades de comprensión y de explicación de su fenomenología y efectos, así como de los elementos que fundamentan que sea lo que es hasta ahora. Una manera de intentar esa nueva mirada es lanzando nuevas preguntas a las viejas explicaciones (7). Es por ello que, el presente estudio de carácter documental tiene como propósito comprender los diferentes cambios socioculturales que ha tenido el concepto de maternidad en los últimos años hasta la actualidad, a través de la revisión bibliográfica de diversos autores desde el campo social, cultural y biológico.

ANÁLISIS – DISERTACIÓN

La concepción de maternidad ha cambiado con la época, actualmente están presentes una serie de cambios tales como que las mujeres reflexionan acerca de su propia vida, definen por sí mismas las oportunidades, peligros y prácticas con respecto a la maternidad. De esta manera, éstas dan dirección a las experiencias relacionadas con la maternidad a pesar de que ésta se encuentra bajo la influencia social, política y económica.

Otro factor determinante en el cambio de concepción de la maternidad, además del movimiento feminista y los métodos

anticonceptivos, fue la incursión de la mujer en el campo laboral. Este nuevo rol, el de mujer trabajadora, implicó transformaciones en las actitudes y actividades que ésta tenía, lo cual a su vez tuvo incidencia en cómo se asume lo referente a la maternidad.

Es por ello que, Castillo (8) explica que las mujeres comienzan a desenvolverse individualmente, como lo es por medio de una profesión, lo cual refleja no solo el deseo de superación, sino también la necesidad de poder responder a las exigencias que el sistema económico y social solicita. Este cambio en la condición de la mujer relacionado con la inserción en el ámbito laboral tiene implicaciones en cómo se asume y se visualiza la maternidad; pues dejó de ser el eje principal de la vida de la mujer y se convirtió en una etapa más. Pasó de ser excluyente y exclusiva de las mujeres, ya que ahora es capaz de sopesar y decidir cuándo y cuántos hijos tener, si desea o no tener hijos y hasta distribuir la responsabilidad con su pareja/padre de los hijos, lo que no sucedía años atrás. Se comenzó a dar equilibrio en los roles de género, ya que la mujer deja de ser la única encargada del proceso de crianza.

Actualmente, los múltiples roles que la mujer desempeña y en los que se siente desarrollada, han generado una nueva visión de la maternidad, ya que la mujer no solo está en la capacidad y en su derecho de decidir el momento y la cantidad de hijos como parte de su proyecto de vida, en donde el desarrollo profesional se equipara o supera al deseo de ser madre. Es por eso que recientemente ha surgido una nueva generación de mujeres denominadas “NoMo” (No Mother). Ya el calificativo tradicional de “solterona” está desvirtuado y carece de significado, porque cada día son más las mujeres casadas o solteras que han decidido no tener hijos, no por una condición médica, sino porque su ritmo de trabajo no lo permite, la dinámica con su pareja es ideal o simplemente porque dentro de sus planes de vida no hay cabida para un hijo. Esta nueva generación denominada NoMo, también podría incluirse dentro de lo que las redes sociales denominan también Pank, las mujeres que prefieren ser solo tías.

Esta nueva generación de mujeres tienen varios elementos en común: un alto nivel educativo, un mediano/alto estrato socioeconómico, deseo de independencia, manejo del tiempo y la presencia o no de afecto por los niños. Para Rostagnol, la maternidad es un mandato social, pero también un proyecto individual. Para

algunas mujeres es algo “natural”, si se es mujer se es madre, aun cuando puedan tener otros proyectos además de la maternidad. Para unas, es importante elegir el momento de la maternidad. Para ello las mujeres realizan esfuerzos, llevan a cabo acciones para evitar embarazos; y para otras, el “reloj biológico” simplemente no suena.

La maternidad como estado (ser madre), como acción (convertirse en madre) o como deseo (ser madre en el futuro) está presente en todas las mujeres pero no en todas se manifiesta. Por siglos, las mujeres fueron madres antes que mujeres, hoy día es posible invertir esa relación. “Al igual que en generaciones pasadas, la maternidad forma parte de los mandatos sociales que hacen a la identidad femenina, aunque no todas las mujeres lo asumen de la misma manera”. (9)

Muchas mujeres trabajadoras se ven a sí mismas como madres (en algún momento), pero con frecuencia, convertirse en madres no está presente en sus proyectos de vida de corto y mediano plazo. Es una realidad presente en diversas regiones, países y continentes, ya no solo se asocia a la cultura norteamericana o europea, es una tendencia en expansión.

La sociedad occidental ha dado un cambio radical en su percepción de los roles femeninos y masculinos y en lo que constituye una familia. El rol de madre ya no es la única opción para que una mujer se sienta “realizada” y esto ha llevado a muchas mujeres a cuestionarse si tener hijos es la mejor decisión. Muchos hombres y mujeres jóvenes que enfocan la paternidad no como una obligación, sino como una elección: libres de las construcciones sociales y culturales que los presionan a ser padres. Lo que antes se criticaba como un acto de egoísmo o de inmadurez, ahora es visto como una decisión madura y responsable.

CONCLUSIONES

Para cerrar, la maternidad ha sido una característica intrínseca a la feminidad, lo cual se ha visto reflejado a lo largo de toda la historia, constituyéndose en un distintivo al cual se apegan las mujeres, además de ser lo esperado socialmente. Barrantes y Cubero (10) mencionan “cómo el género femenino ha sido transformado a través de los diferentes momentos históricos, sin

embargo, las características de la maternidad no se han separado de la construcción social que hay alrededor de este género, esto porque a pesar de que se han dado cambios de cómo se vive la maternidad o cómo se asume la concepción de feminidad no se ha desligado de lo referente a ser madre”.

Actualmente, el fenómeno de la maternidad vuelve a la palestra de discusión entre lo biológico y lo cultural, entre “podre” y “querer” ser madre. En términos tradicionales, nadie se atrevería a sostener que la maternidad es, hoy por hoy, un hecho cultural y no biológico. Es decir, que se trata de una cuestión de género (11). En este sentido, si bien la maternidad supone ciertos datos biológicos innegables, es vivida, en términos colectivos y también subjetivos, desde la oscuridad de las tradiciones y las costumbres.

El proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos arraigados en los sujetos y en las instituciones (familia, escuela, Iglesia); y reproducidos en los discursos, imágenes y representaciones; creando un complejo imaginario sobre la maternidad que es inculcado desde el mismo nacimiento de la mujer. Pero como imaginario “es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos. De aquí es de donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y de calificativos” (11). Son estos estereotipos lo que por décadas se han combatido por ser imágenes limitantes de la mujer, ya que ella no solo es madre, primero es mujer.

Mientras no se busquen nuevas vías para comprender el fenómeno de la maternidad de una manera profunda y global, que trascienda los tradicionales lugares comunes explicativos de sus tensiones, los costos de la incompreensión seguirán siendo muy altos. En cuanto la maternidad continúe ligada exclusivamente a la mujer, como imaginario social de género, continuará siendo una realidad compleja y ambigua que delimita el desarrollo de la mujer como ser humano, con derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida.

REFERENCIAS

1. Barrantes K. y Cubero M. La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Revista Wimb lu*, [Revista en línea] 2014 [Consulta: 2017, abril 11] 9 (1), pp.

29-42 Disponible: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/15248/14545>

2. Royo R. Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE: ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres? [Libro en línea] Disponible: <https://books.google.co.cr/books?id=XNbFaNqjLgl-C&printsec=frontcover&hl#v=onepage&q&f=false> [Consulta: 2017, abril 11]
3. Walkowitz J. La ciudad de las pasiones terribles: Narraciones sobre peligro sexual en el Londres Victoriano. [Libro en línea] Disponible: <https://books.google.co.cr/books?id=y4F9SIH76iM-C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false> [Consulta: 2017, abril 07]
4. Barrantes K. y Cubero M. Op. Cit., p. 32.
5. Everingham C. Maternidad: autonomía y dependencia: Un estudio desde la psicología. [Libro en línea] Disponible: <https://books.google.es/books?id=twmBAUNguewC&printsec=frontcover&hl=es&source=g#v=onepage&q&f=false> [Consulta: 2017, abril 09]
6. Palomar C. “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. [Documento en línea] Disponible: http://www.debate-feminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/030_02.pdf [Consulta: 2017, abril 10]
7. Palomar C. *Ibid.*, p. 13.
8. Castillo M. Modelos y prácticas de maternidad: continuidades y cambios en dos generaciones de madres platenses. *Revista Mad*, 2008, 19, pp. 63-79.
9. Rostagnol S. De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad* [Revista en línea] 2012 [Consulta: 2017, abril 12] 12, pp. 198-223. Disponible: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/460/sex-salud-soc2012%2812%29p198-223.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
10. Barantes K. y Cubero M. Op. Cit., p. 30.
11. Palomar C. Género y maternidad: Reflexiones desde el psicoanálisis. *Revista de la Universidad de Guadalajara* [Revista en línea] 1996 [Consulta: 2017, abril 11] 3, pp. 33-38. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/105/10512246015.pdf>

VIOLENCIA HOMICIDA: COTIDIANIDAD DE UN PAÍS

Tadeo Gabriel Medina

RESUMEN

Venezuela, es un país que no tiene un conflicto armado, pero el aumento de los índices delictivos en la última década la sitúa como uno de los países más inseguros del continente. Después de Honduras, Venezuela ocupa segundo lugar en la lista de los países del continente (1) (2). El homicidio como máxima manifestación del absoluto desprecio por el valor de la vida del otro, según el Observatorio Venezolano de Violencia, en Venezuela fueron asesinadas 28.479 personas en el año 2016 y la tasa de homicidios se ubicó 91,8 homicidios por cada 100.000 habitantes (3). El Objetivo general del estudio estuvo en Generar un conocimiento teórico que aporte elementos para la comprender la violencia homicida como hecho social en la cotidianidad de un país. Se realizó un estudio de corte cualitativo aplicando metodología fenomenológica. Los resultados obtenidos, apuntan a considerar que la violencia penetra en lo profundo de nuestro ser, y por ende nuestra relación con el otro es a través de la violencia misma, de tal manera que la violencia homicida esta tornándose cotidiana, y convivimos con ella. De allí que la violencia es un grave problema de salud pública, para la cual las condiciones sanitarias del país no están preparadas. Es por ello, importante considerar la violencia como un hecho social, que la misma encierra mucho más que la sumatoria de todos los hechos violentos, y por ende contiene causas estructurales mucho más profundas.

Palabras clave: Violencia, Homicidio, Sociedad.

*“El hombre es el único animal que da muerte a sus semejantes”
Edgar Morín (1994)*

INTRODUCCIÓN

La inseguridad vivida en Venezuela es uno de los principales problemas que más aqueja a la población. Las cifras semanales de muertos en las principales ciudades, así como las interminables noticias de robos y asesinatos a diario, secuestros sin resolver, violaciones, y decenas de delitos, generan un clima de incertidumbre que se extiende a todos los estratos sociales y urbes, que junto a la ineficacia policial y la impunidad, son parte de la vida cotidiana que han hecho de Venezuela uno de los países más peligrosos del mundo.

En Venezuela la violencia ha llegado a niveles alarmantes; ya los ciudadanos no temen el clásico atraco o robo, sino que ya se habla de sicariato, secuestros express, asesinatos para sustraer cualquier objeto, desde unos zapatos o una prenda hasta un vehículo.

En este sentido, para Urdaneta (4), la inseguridad en la que vivimos los venezolanos, a parte de ser una realidad que nos golpea duramente, constituye entre otras cosas la principal causa de abandono de nuestros compatriotas de la tierra que los vio nacer. En efecto, por lo general, la inseguridad es considerada como el principal problema que debemos enfrentar y corregir, fundamentalmente por las características que esa criminalidad está adoptando.

Refiere además, el autor antes citado, que en estudios realizados tanto por el Centro de Investigaciones Populares, como por el Observatorio Venezolano de la Violencia, éstos reportan que los delincuentes son en su gran mayoría, jóvenes de sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 15 y 25 años de edad, con una tendencia marcada hacia la disminución de la edad de inicio, hasta encontrar prácticamente a niños de 12 años que ya han cometido crímenes violentos, y la posibilidad cierta de que la mayoría de ellos también estarán muertos antes de los 25 años, hecho del cual tienen plena conciencia y por ende son capaces de infringir grandes daños por motivos insignificantes, constituyendo así el acto delictivo una reafirmación de su poder y por consiguiente de estatus.

En este mismo sentido, hace cerca de un par de años, Herrera

Núñez (5) realizó un estudio sobre la evolución de la criminalidad violenta en Venezuela, llegando a establecer que la primera causa de muerte son los homicidios entre los grupos de 15 a 24 años edad y de 25 a 44 años de edad, por encima de las muertes por accidentes de todo tipo, y además que nueve 9 de cada 10 homicidios en el país son realizados utilizando armas de fuego. La gravedad de esta realidad es evidente y refleja el deterioro y la degradación de los valores en nuestra sociedad, donde la vida humana parece no tener importancia.

Homicidio: Reflejo de la muerte en la sociedad venezolana

La máxima manifestación del absoluto desprecio por el valor de la vida del otro, es el homicidio, de allí que éste no solo es considerado como la satisfacción del deseo matar a un hombre, sino además, como la reafirmación de la individualidad criminal con respecto a la individualidad aniquilada: se trata de evadirse de la muerte propia, trasladándola al otro (6). Venezuela, a pesar de ser un país que no tiene un conflicto armado, el aumento de los índices delictivos en la última década la sitúa como el tercer país más inseguro del continente. El ranking, sustentado en las tasas de homicidios de un informe de Naciones Unidas, lo encabezan Honduras y el Salvador, dos naciones centroamericanas que pasaron de una guerra de guerrillas a una sangrienta lucha de las maras (7).

En Venezuela en el año 2009, murieron asesinadas 19.113 personas, y de acuerdo con este número, la tasa de homicidios se ubicó en 75 por cada 100.000 habitantes (8). Para el mes de noviembre de 2011, los casos de homicidios habían llegado a 15.360, superando ampliamente los 13.080 casos que oficialmente se había reportado para todo el año 2010. Al añadir a esta cifra un estimado conservador de los asesinatos cometidos en el mes de diciembre, proyectamos que en los archivos oficiales se contabilizarán 17.336 casos de homicidios, según cifras de la organización Observatorio Venezolano de Violencia (9).

El informe de 2016 resalta que entre las razones que llevaron al aumento de la tasa de homicidios: el incremento de armas de fuego por parte de los criminales, la violencia policial y militar (por lo menos el 80 por ciento de los casos de resistencia a la autoridad

terminaron fatalmente) y a los enfrentamientos generados por el grave desabastecimiento de alimentos y medicinas (10). Es por ello, importante reflexionar acerca de, la violencia homicida como un hecho social cotidiano.

MATERIALES Y MÉTODOS

En base a lo antes expuesto, la intencionalidad del estudio estuvo en generar un conocimiento teórico que aporte elementos para la comprender la violencia homicida como hecho social en la cotidianidad de un país. Para ello, se realizó un estudio de corte cualitativo aplicando metodología Fenomenológica-Hermenéutica. La muestra estuvo conformada por quince (15) informantes clave, los cuales fueron seleccionados partiendo del principio hologramático, el cual plantea, que no solamente la parte está en el todo, sino que el todo está en la parte (11). La información fue obtenida a través de entrevista a profundidad, los datos fueron codificados y luego categorizados. Las categorías facilitaron interpretar el significado de la violencia como acción humana y social para de esa manera comprender la misma como escenario de la vida cotidiana del país.

ANÁLISIS-DISERTACIÓN

- Considera que el ser humano esta impregnado de maldad, y no tiene sentimiento de unidad social. No hay conciencia ciudadana.
- En la sociedad hay que saberse desenvolverse en ella, dado a su complejidad. El hombre se imita a mismo, al utilizar la imagen del otro como modelo. Piensa que el ser humano, a pesar de amar, muestra crueldad e indiferencia frente al dolor ajeno, ello se refleja en el comportamiento de ciertos sistemas sociales.
- Por otra parte, percibe una falta de ética tanto en lo personal como en lo laboral, impera es la viveza criolla y la politiquería, al considera que los líderes político, no los mejores ejemplos a seguir y esto ha conducido a una pérdida los valores.
- Se piensa que la necesidad económica del país obliga a muchos padres a dedicarle más tiempo al trabajo o buscar trabajo, y se pierde el contacto con los hijos y con ello los cuidados y orientación de los mismos, lo que facilita las influencias de personas

descarriadas socialmente.

- Considera que el ser humano esta impregnado de maldad, y no se puede concebir como una persona puede dañar o matar a otro ser humano.

- El reconocimiento social de la muerte a parte de ser un castigo, esta en la maldad, en el matar al otro.

- La violencia se ha convertido en la primera causa de muerte en el país, y sobre todo en las personas jóvenes.

- Las muertes que se producen por venganza o en disputa entre bandas impactan por lo sangriento del hecho. Se considera que sociedad misma permite y avala esta forma de modelaje, de manera tal que el alto índice de delincuencia y violencia, es producto no de la inseguridad, sino de nosotros mismos como sociedad y que ello, puede ser debido a la pérdida de la sensibilidad social, “el que se muere lo entierran y punto”, pues no hay a quien acudir, las autoridades, el gobierno no responde, nadie responde.

- Lamentablemente un conformismo entre nosotros, y aceptar que las cosas son así y punto, y esto nos ha llevado a que ahora cada quien se cuida del otro, nos cuidamos de nosotros mismos.

- En cuanto a la sociedad, manifiesta que se ha producido un fuerte proceso de transculturización, los valores no se toman en consideración, y el modelaje por parte de la familia no es el adecuado, ya que se favorece a la agresividad, por medio de los juguetes bélicos y el mensaje implícito es que la seguridad esta en un arma de fuego, reforzado esto por frase como por ejemplo “no se deje joder por otro”.

- Considera que existe mucha maldad y egoísmo entre las personas. Toda relación personal, y hasta la religiosa es comercial

Todo ello ha contribuido que la percepción social de la muerte sea la violencia, y que los venezolanos estamos acostumbrados a esta realidad, ya que nadie hace nada y menos el gobierno. Este panorama se ensombrece ante el clima político que se desarrolla, lo cual trae como consecuencia que se limitan las necesidades del ser humano como es la capacidad de expresar las ideas libremente, y lo que es peor aún se esta perdiendo la capacidad de convivir.

Se pierde el sentido de la vida, olvidándose también el sentido de la muerte, indefensos ante ella, la magnitud de la violencia en el país, ha conllevado al alto índice de homicidios “la delincuencia

que es lo que esta matando a todos los venezolanos” (Informante #1), “ahorita porque tu veas mal a alguien te dan un tiro, te dan una puñalada, no hay respeto no hay nada”. (Informante # 7), todo esto ha llevado que el morir se ha reconocido socialmente por la violencia, y no por las enfermedades, “antes la primera causa de muerte era la diabetes, la hipertensión, ahora no, ahora la primera causa de muerte es la violencia” (Informante # 13), y lo más alarmante es que en lo social se reclama, y no hay respuesta “vemos que no se ha hecho nada, la gente muere la entierran y listo, (Informante #15). No hay conciencia ciudadana, ello puede ser debido a la perdida de la sensibilidad social. Conductas y modelajes, que la sociedad misma permite y avala, de manera tal que ello, se refleja en el alto índice de delincuencia y violencia, y que las mismas no son producto en su totalidad de la inseguridad, sino que es debido a la irresponsabilidad de nosotros mismos como sociedad: “¿cual es primer regalo que se le da a un hijo? Una pistolita, una pistola de esas que echaban lucecitas, ¿que le estoy inculcando a ese niño?... que lo seguro es una pistola, ¿o no?” (Informante # 9), “cualquier ser humano tiene un revolver” (Flor de la Esperanza), “a la gente no le importa acabar con la vida de uno” (Informante # 11).

CONCLUSIONES

En relación al entorno social, se percibe que el venezolano ha perdido la vida de relación debido al contexto socio-político que vive el país, y que forma parte de la esencia de todo ser humano. Consideran que existe mucho egoísmo entre las personas, además de una gran indiferencia frente al dolor ajeno. Vivimos impregnados de maldad, y eso se aprecia en el alto índice de violencia y homicidios, no se tiene sentimiento de humanidad, y menos de unidad social, ya que no se concibe como una persona puede dañar o matar a otro ser humano.

Las muertes que se producen por venganza o en disputa entre bandas impactan por lo sangriento del hecho. Las muertes de niños, mujeres jóvenes que son madres y la de jóvenes sanos por atraco o robo, son muertes que producen un gran dolor. Todo ello ha contribuido a que la percepción social en cuanto a la muerte sea la violencia, y lo más delicado es que nadie hace nada, y el gobierno,

menos. Como sociedad nos estamos acostumbrados a esta realidad, y eso sí que es peligroso. La violencia se ha convertido en la primera causa de muerte en el país, y sobre todo en las personas jóvenes.

Así mismo el modelaje por parte de la familia no es el adecuado, ya que se favorece a la agresividad, de manera tal que ello, se refleja en el alto índice de delincuencia y violencia, y que las mismas no son producto en su totalidad de la inseguridad, sino que es debido a la irresponsabilidad de nosotros mismos como sociedad.

La violencia homicida, como experiencia límite, no solo nos hace tomar conciencia de nuestra finitud y sino que a la vez nos enfrenta a una realidad socio-cultural existencial.

La violencia esta tornándose cotidiana, y convivimos con ella es seguro que la misma penetra en lo profundo de nuestro ser, y por ende en nuestra actitud frente al otro, ante la vida, y corriendo el riesgo –casi seguro– que muchas veces la relación con el otro sea a través de la violencia misma.

La conducta individual de los ciudadanos define el sistema social, y con ello se define a una sociedad en particular, entonces, podemos pensar que en los actuales momentos, la violencia es lo que nos define como Sociedad.

Para finalizar, es importante señalar, las observaciones de Maturana (12), al considerar que en un sistema social está constituido por seres vivos, son todos y cada uno de los seres vivos que lo integran los que de hecho lo constituyen con el operar de sus propiedades. Por lo tanto, en la medida en que la conducta individual de sus miembros define el sistema social como una sociedad particular, las características de una sociedad sólo pueden cambiar si cambia la conducta de sus miembros.

REFERENCIAS

1. BBC Mundo [Internet]. Los 5 países con más y con menos homicidios en América Latina [actualizado 11 Diciembre 2014; citado 01 Enero 2018]. Disponible en: www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141211_america_latina_homicidios_oms_
2. InSight Crime [Internet]. Venezuela se convierte en el país de América Latina con el mayor índice de homicidios [actualizado 19 Enero 2018; citado 23 Enero 2018]. Disponible en: <https://>

www.univision.com › Noticias › Criminalidad y Justicia › Crímenes › Asesinatos

3. Observatorio Venezolano de Violencia [Internet]. Informe 2016 [actualizado 28 Diciembre 2016; citado 23 Enero 2018]. Disponible en: observatoriodeviolencia.org.ve › Informes
4. Urdaneta J. [Internet]. El Mayor Mal [actualizado 04 Agosto 2014; citado 02 Enero 2018]. Disponible en: redinternacionaldelcolectivo.blogspot.com/2011/.../jesus-urdaneta-hernandez-el-mayor-...
5. Herrera E. [Internet]. Evolución de la criminalidad en Venezuela [actualizado 2016; citado 25 Enero 2018]. Disponible en: pazactiva.org.ve/.../Informe-Asamblea-Nacional-FINAL-Criminalidad-Ernesto-Herrer...
6. Morín E. El Hombre y la Muerte. Editorial Kairos. S.A., Barcelona España, 1994
7. Molina T. [Internet]. Venezuela supera a México y Colombia en homicidios [actualizado 01 Abril 2012; citado 08 Diciembre 2017]. Disponible en: www.diariodominicano.com/.../2012/.../venezuela-supera-a-mexico-y-colombia-en-homi..
8. Molina T. [Internet]. Venezuela tiene 5 de las 50 ciudades más violentas del mundo. [actualizado 016 Enero 2014; citado 08 Diciembre 2017]. Disponible en:
9. Observatorio Venezolano de Violencia [Internet]. 2011 el año más violento de la historia nacional [actualizado 24 Mayo 2013; citado 23 Enero 2018]. Disponible en: observatoriodeviolencia.org.ve › Informes
10. Unidad Investigativa Sobre Venezuela [Internet]. Venezuela se enfrenta al aumento de homicidios en 2017. [actualizado 10 Enero 2017; citado 23 Enero 2018]. Disponible en: <https://es.insightcrime.org> › Noticias › Noticias del día
11. Morín E. Introducción al Pensamiento Complejo. Gedisa Editorial. Barcelona España. 2005.
12. Manturana H. Desde la Biología a la Psicología. Editorial Universitaria. Buenos Aires –Argentina. 2004.

VIOLENCIA COLECTIVA COMO FACTOR DE RIESGO DE LA SALUD MENTAL EN VENEZUELA

Deivis Nieves

RESUMEN

La salud mental está directamente relacionada con la calidad de vida de las personas, por ello es importante tratar de aproximarse al conocimiento y entendimiento de los factores que determinan el estado de la misma donde la violencia ocupa un lugar clave. *Objetivo:* Analizar la violencia como un factor de riesgo en la salud mental del venezolano, considerando principalmente los señalamientos de la Organización Mundial de la Salud quien concibe a la violencia como: “uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. En este sentido, existen diferentes categorías de violencia, una de ellas es la violencia colectiva la cual está integrada por la violencia política, económica y social que se presenta cuando las sociedades entran en conflicto bajo un estado primitivo de supervivencia humana la cual priva los derechos de los ciudadanos; existe documentación que relaciona a la violencia con los problemas de salud mental ya que los daños psicológicos que deja en los individuos van desde síndrome de estrés agudo, estrés postraumático, cuadros de ansiedad hasta la depresión. En Venezuela la violencia y los padecimientos en materia de salud mental han tenido un crecimiento significativo durante los últimos 18 años y se demuestra con las estadísticas publicadas por los distintos entes oficiales. Esta es una investigación de tipo documental bibliográfica porque estudia el problema desde la recopilación de información de diversas fuentes y revisión de literatura, este un primer avance de la investigación que realiza el autor sobre la Situación Socioeconómica y Política de Venezuela y su relación con la Salud Mental del Ciudadano.

Palabras clave: Salud mental, Violencia colectiva, Sociedad.

INTRODUCCIÓN

La salud mental está directamente relacionada con la calidad de vida de las personas, por ello es importante tratar de aproximarse al conocimiento y entendimiento de los factores que determinan el estado de la misma. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud establece que “la salud mental de la población está influida por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud. (1)

En este sentido, la violencia ocupa un lugar clave, ya que es un factor que pone en riesgo la salud mental de los individuos, estudiarla permite tomar acciones desde un enfoque de salud preventivo; sin embargo, dichas acciones parten desde la voluntad política, económica y social, además que, guarda una relación directa con tales realidades, puesto que “la salud mental en el mundo es, ante todo, una cuestión de bienestar económico y político; Los nexos entre las fuerzas sociales y la enfermedad son complejos y variados”. (2). El Informe Mundial sobre Violencia y Salud clasifica a la violencia en tres grandes categorías: autoinfligida, interpersonal y colectiva. (3)

En la actualidad, existe literatura publicada que vincula la violencia con los problemas de salud de los individuos, ya que esta aumenta la incidencia y prevalencia de enfermedades y los niveles de morbilidad, convirtiéndose esto en un grave problema de salud pública ya que la respuesta por parte de los servicios de salud es insuficiente (4). Dentro de las investigaciones que se han realizado al respecto, se pueden mencionar a Espín et al (5) en su investigación la violencia, un problema de salud, afirma que la misma es un problema de salud humano, un factor de riesgo de muchas enfermedades y de problemas de salud”.

En consecuencia, se afirma que la violencia en efecto guarda relación directa con los problemas de salud de las personas, en vista que, deja consecuencias a nivel biológico, psicológico y social. Acosta (6) realizó una investigación sobre salud mental en contextos violentos en Venezuela, el resultado del estudio fue que existe un alto grado de sufrimiento para las personas y familias venezolanas, en especial los que han sido víctimas directas de la violencia, en su investigación también incluye aspectos como: la alta inflación

que vive el país y la escasez de medicinas y alimentos (violencia económica), incorpora también, el aspecto político y su ejercicio (violencia política) y finalmente, el aspecto social que se contextualiza con la criminalidad (violencia social).

En relación con lo antes expuesto, en Venezuela la violencia colectiva está enmarcada por la inseguridad ciudadana, la crisis económica y política, éstas constituyen una complicación multicausal con repercusiones directas en la salud mental de la población producto de la exposición prolongada a este fenómeno, puesto que, la violencia en el país ha alcanzado cifras alarmantes según fuentes oficiales, exponiendo a los venezolanos a vivir bajo un ambiente de aguda polarización, inseguridad personal y escases de productos de primera necesidad lo cual impulsa los ánimos de las protestas sociales aumentando los niveles de violencia y conflictividad social, convirtiéndose así, la violencia en una epidemia que ataca al país y aumenta la probabilidad de adquirir o padecer alguna enfermedad ya sea física o mental.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la violencia colectiva como un factor de riesgo en la salud mental del venezolano contextualizando su realidad en lo social, político y económico. La investigación es de tipo documental bibliográfica porque estudia el problema desde la recopilación de información de diversas fuentes y revisión de literatura.

ANÁLISIS-DISERTACIÓN

Definición de la violencia y su contextualización en Venezuela

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (3) En este orden de ideas, es necesario hacer una pregunta ¿Qué es la violencia colectiva? la violencia colectiva es una categoría de la violencia, la cual se subcategoriza y está representada por la violencia política, social y económica.

La violencia política está representada por la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia social incluye los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. La violencia económica contiene los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación. (7)

Por consiguiente, se puede decir que, la violencia colectiva se hace presente cuando las sociedades entran en conflicto con respecto a sus valores universalmente consagrados y adoptados como parte de su estilo de vida, cuando el instinto primitivo de la supervivencia del ser humano priva los derechos del otro, cuando el ser humano pierde el valor de la vida invadiendo de tristeza, dolor y desesperanza a los hogares de una sociedad, cuando las desigualdades sociales aparecen y comienza el colapso social, cuando los líderes de las sociedades entran en conflicto por la batalla del poder manipulando y movilizandolas masas una en detrimento de la otra, cuando los derechos humanos consagrados internacionalmente y revalidados por un país pierde importancia y el Estado los viola de forma constante y sistemática.

En la Venezuela de hoy, se valida y se hace realidad la conjunción de este concepto de violencia colectiva ya que el dolor, la tristeza y el miedo colectivo, arropa la vida de sus ciudadanos (8) (violencia social), aunado a esto, según un estudio realizado por los centros de investigación de universidades públicas venezolanas 9 de cada 10 venezolanos no tienen cómo comprar los alimentos básicos (violencia económica) (9) y la tasa de homicidios para el 2017 se ubicó en 89 muertes violentas por cada 100.000 habitantes lo que representa un total de 26.616 “muertes violentas” (violencia social) (10), estas cifras confirman que la violencia en el país ha devenido en un problema de salud pública, sin embargo es necesario aclarar que no se origina por una falla del sistema de salud, sino más bien, obedece a factores multicausales que tienen implicaciones políticas, económicas y sociales ajenos al sector salud, pero por su carácter endémico ha devenido en un problema de salud pública.

La Violencia en la legislación venezolana

Los Estados en un esfuerzo mancomunado para erradicar la violencia o lograr al menos su disminución en las sociedades, sobre todo, luego de la II Guerra Mundial han promulgado para tal fin tratados internacionales que buscan proteger y asegurar los derechos humanos universalmente consagrados como: El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros.

En Venezuela, existe un marco jurídico referencial de un Estado ideal donde se asegura una vida plena, productiva y libre de violencia garantizando los principios del derecho a la vida y a la salud como derechos humanos fundamentales e irrenunciables revalidados internacionalmente; estos principios humanos primeramente se establecen en el Preámbulo de la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999 cuando establece en su tratado que “con el fin de refundar la República para establecer una sociedad democrática, participativa y protagónica [...] se asegura el derecho a la vida, al trabajo, a la cultura, a la educación, a la justicia social y a la igualdad sin discriminación ni subordinación alguna”. (11) por otro lado, la constitución vuelve a mencionar la protección a la vida en el Capítulo III de los Derechos Civiles en sus artículos 43, 44, 46, 55 y 61 (12) donde establecen que el derecho a la vida, la libertad personal y de conciencia sumado a la integridad física, psíquica y moral son inviolables y el Estado se hace responsable y garante de estos principios.

Ante lo expuesto anteriormente, existen además, varias Leyes Orgánicas como la Ley Orgánica sobre el Derecho de Vivir una Vida Libre de Violencia y la Ley contra el Odio, por la Convivencia Pacífica y la Tolerancia los cuales buscan proteger a través de políticas públicas traducidas en planes, programas y proyectos el resguardo de la integridad de los venezolanos, sin embargo, es válido contrastar más adelante de la presente investigación la evolución de la violencia pese a las normativas legales existentes en el país.

Evolución de la violencia colectiva en Venezuela

La violencia en Venezuela no ha podido ser controlada, así lo

demuestran las cifras publicadas por el Observatorio Venezolano de Violencia (10). Para el año 1999 la tasa de homicidios se ubicaba en 25 muertes violentas por cada 100 mil habitantes lo que representó 5.968 homicidios, en comparación con esto, en el año 2017 la tasa se ubicó en 89 muertes violentas por cada 100 mil habitantes en todo el territorio nacional lo que significó 26.616 homicidios en el país.

En el marco de las observaciones anteriores, se puede decir que, la criminalidad (violencia social) en los últimos dieciocho años ha aumentado un 64% con un total de 20.648 muertes violentas con respecto a las cifras del año 1999, cabe destacar que, según el Índice Global de Impunidad 2017 “Venezuela ocupa el sexto lugar entre países más impunes, con 67.24 puntos, sólo por debajo de Filipinas (756), India (70.94) y Camerún (69.39), México (69.21 puntos), y Perú (69.04)”. (13)

La evolución de la violencia en Venezuela en el año 2017 no solo ha sido de tipo social, también ha sido de tipo económica, relacionada con la escasez de alimentos de primera necesidad, las medicinas, los repuestos para los vehículos, la pérdida de empleos y la disminución del poder adquisitivo, es decir, al deterioro en la calidad de vida del venezolano, aunado a todo ello, y complejizando esta grave situación, se encuentra presente también, la violencia política que se ve manifestada a través de la disolución sistemática del Estado de Derecho como el mecanismo regulador tanto de las relaciones sociales como del acceso a los bienes materiales y al poder, ello aumenta los niveles de agresividad en los ciudadanos y los niveles de conflictividad social en país traducidos en protestas sociales que se exacerbaron entre el mes de abril y el mes de julio del año 2017.

En este orden de ideas, el Foro Penal Venezolano estima que las denuncias recabadas desde el 1 de abril hasta el 31 de julio del 2017 se han registrado 133 personas fallecidas en el marco de esas protestas. El mes de julio se presenta como el mes con mayor cantidad de civiles presentados ante la justicia militar (327 civiles). De igual manera se refleja un aumento a 620 los presos políticos en Venezuela. (14)

La situación antes descrita deja en un completo estado de indefensión a los ciudadanos, la indefensión consiste en someter a los

sujetos a situaciones generalmente aversivas (15), tales situaciones se evidencian con el alto índice de criminalidad, impunidad, conflictividad social y escasez de productos de primera necesidad en el país, generando con ello, trastornos mentales en los individuos producto de la exposición a la violencia colectividad.

Repercusiones en la salud mental del venezolano

El país vive momentos de profunda polarización y conflictividad; tal como lo afirma Yáber (16) cuando escribe que la población venezolana está manifestando trastornos de salud mental producto de la exposición prolongada a un ambiente de aguda polarización y conflictividad. Siendo la conflictividad social el resultado de la situación socioeconómica y política que vive el país.

La violencia en el país, ha ido más allá del hecho meramente social, ha alcanzado dimensiones económicas y políticas afectando los modos de vida de los ciudadanos al exponerlos a realizar largas colas para acceder a la compra de productos de la cesta básica, alimentos y medicinas, por su parte, la respuesta del Estado ha sido, modificar e implantar medidas económicas que no dan respuestas concretas a las necesidades de los venezolanos y esto se ve reflejado en el aumento del nivel de conflictividad social, para el año 2017 hubo un total de 6.279 manifestaciones en todo el país, lo que representa un aumento del 157% con respecto al mismo período del 2016. (17)

Esta realidad social compromete la salud mental de los venezolanos ya que genera serios trastornos biopsicosociales, tal como lo expone Lespinasse (18) quien enfatiza que han aumentado los cuadros de depresión, ansiedad, muchos cuadros psicóticos y bipolares se han descompensado producto de esta situación. El suicidio y las conductas agresivas también han ido en aumento tras la crisis socioeconómica y política venezolana.

La exposición prolongada a ambientes violentos en cualquiera de sus dimensiones ya sea, política, social o económica altera las emociones de las personas, generando respuestas conductuales agresivas, además de experimentar emociones negativas. Acosta (8) en una investigación titulado mapa emocional de Venezuela, tuvo como resultado que las emociones negativas que experimentan los

venezolanos actualmente son la tristeza, el dolor y el miedo colectivo. El mal manejo de estas emociones se vincula a nivel mental con el padecimiento de la depresión, síndrome de estrés agudo, trastornos de ansiedad y con enfermedades físicas como: el cáncer, trastornos cardiovasculares, dermatológicos, endocrinos, gastrointestinales, neurológicos, entre otros. (19)

CONCLUSIONES

Los eventos antes señalados expresados en cifras recopiladas por los diferentes entes gubernamentales y no gubernamentales ponen en evidencia la grave crisis humanitaria derivada de la situación de violencia en el país, impidiendo que los prerequisites de salud, establecidos en la Carta de Ottawa en el año 1986 sean garantizados, de manera tal que Venezuela en la actualidad tiene una emergencia en materia de salud y esto incluye, por supuesto, a la salud mental, ya que la violencia colectiva ha aumentado a niveles nunca antes visto en el mundo.

Retomando lo mencionado anteriormente por la OMS en cuanto a que la salud mental de la población está influenciada por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud, en completa coincidencia con esto, se concluye: Las políticas de salud pública no son suficientes para atender el problema de violencia, ya que las problemáticas de la violencia en Venezuela atienden a razones en lo político, económico y social. En este sentido, si bien es cierto que este problema ha devenido como un problema de salud pública por su carácter endémico, no se origina en una falla de las políticas de salud pública solamente; Por tanto, dar una respuesta y ofrecer solución a este problema, es una tarea compleja, que más bien, obedece a lo expresado por Giraldo (20), la salud para una nación depende de las políticas diseñadas y ejecutadas por esta, retomar y valorar las decisiones derivadas de las instituciones del poder político y el impacto social que estas acarrear se convierte en una ardua tarea, así como también, repensar sobre la distribución y destino de los recursos económicos para esta área, la cual está influenciada por las directrices de la política y por ende sujetas por una construcción ideológica de quienes conducen tales decisiones.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, 2001.
2. Liccioni E. El Proceso Histórico de la Salud Mental. Revista Mañongo, 2000; 8(15): 277-298.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
4. Jorge Rodríguez. Violencia y salud mental. En: Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental en la Comunidad. Jorge Rodríguez. Washington, D.C. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud 2009; 49: 257-267.
5. Espín J, Valladares A, Abad J, Labrador C, Arencibia N. La violencia, un problema de salud. [Internet] Cuba. S.f. [Citado 1 Diciembre 2017] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi09408.htm
6. Acosta YJ. Salud Mental en Contextos Violentos. Caracas. SIC, 2012: 75 (743): 134-135.
7. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996.
8. Acosta YJ. Mapa Emocional de Venezuela. Caracas. Sociología de la Venezuela actual 2015, 2015: 75 (743): 134-135.
9. Landaeta M, Herrera M, Ramírez G. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida Venezuela 2017. [Internet] Laboratorio de Ciencias Sociales. Caracas, 2017. [Citado 01 Diciembre 2017] Disponible en: <https://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Alimentacion.pdf>
10. Briceño L. Encuesta sobre Condiciones de Vida Venezuela 2017. [Internet] Laboratorio de Ciencias Sociales. Caracas, 2016. [Citado 01 Diciembre 2017] Disponible en: <https://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Seguridad-personal.pdf>
11. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, con la Enmienda N° 1 aprobada por el Pueblo Soberano, mediante Referendo Constitucional, a los quince días del mes de febrero de dos mil nueve. Año 198° de la Independencia, 149° de la Federación y 11° de la Revolución Bolivariana. Preámbulo, 2009: 2.
12. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, con la Enmienda N° 1 aprobada por el Pueblo Soberano, mediante Referendo Constitucional, a los quince días del mes de febrero de dos mil nueve. Año 198° de la Independencia, 149° de la Federación y 11° de la Revolución Bolivariana. Capítulo III Derechos Civiles, 2009: 11-16.
13. Le Clercq A, Rodríguez G. Índice Global de Impunidad. Dimensiones de la Impunidad Global. [Internet] Universidad de las Américas Puebla. UDLAP Jenkins Graduate School. Centro de Estudios sobre Impunidad y Justicia, 2017 [Citado 01 Diciembre 2017] Disponible en: <http://www.udlap.mx/cesij/files/IGI-2017.pdf>.
14. Crisis en Venezuela. [Internet] Foro Penal: Reporte sobre la represión en Venezuela durante manifestaciones- Julio 2017. [Citado 01 Diciembre 2017] Disponible en: <https://crisisenvenezuela.com/project/foro-penal-reporte-sobre-la-represion-en-venezuela-durante-manifestaciones-julio-2017/>.
15. Vazquéz C, Polaino A. La indefensión aprendida en el hombre: Reflexión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. Revista Dialnet, 1998; 11: 70 – 89.
16. 2001.com.ve. Crisis golpea la salud mental del venezolano. [Internet] 2014 [Citado 01 Diciembre 2017] Disponible en: <http://www.2001.com.ve/con-la-gente/crisis-golpea-la-salud-mental-del-venezolano.html>.
17. Observatorio Venezolano de Conflictividad Social. Informe de Conflictividad Social en Venezuela 2015. [Internet] Caracas, 2015 [Citado 01 Diciembre 2017] Disponible en: <https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/oc/wp->
18. El Universal. (2015). Psicólogos alertan sobre cambio en el comportamiento de los venezolanos. (Citado el 01 de diciembre 2017). Disponible en: http://www.eluniversal.com/noticias/estilo-vida/psicologos-alertan-sobre-cambio-comportamiento-los-venezolanos_58567.

19. Piqueras J, Ramos V, Martínez A, Oblitas L. Emociones Negativas y su Impacto. Revista Suma Psicológica. 2009; 16(2): 85 – 112.
20. Giraldo A. Ideología Política Pública y Sistema de Salud. [Internet] S.f [Citado 01 Diciembre 2017] Disponible en: <http://fnsp.udea.edu.co/fnsp/congresosp7/PAvaroFranco.pdf>

RESILIENCIA EN EL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL CONTEXTO ACTUAL DE VIOLENCIA

Magaly Ortunio

RESUMEN

Ser resiliente constituye la capacidad humana que permite reponerse positivamente ante una situación de mucho estrés. En el contexto educativo, la resiliencia hace hincapié en las actuaciones de los estudiantes que ante las circunstancias establece la necesidad de superarlas efectivamente, llegando a lograr con éxito su aprendizaje y rendimiento académico, aún el contexto actual de violencia que se vive en Venezuela. *Objetivo General:* Analizar la resiliencia en los estudiantes de tercer año de Medicina. *Objetivos específicos:* Establecer los aspectos socio-demográficos de la muestra, determinar la resiliencia de los estudiantes, categorizar los niveles de resiliencia, asociar la resiliencia con el sexo, relacionar la resiliencia con la edad y estrato socioeconómico. *Materiales y Métodos:* Investigación cuantitativa, correlacional, de campo no experimental y transversal, la muestra fue no probabilística conformada por sujetos voluntarios, mediante el método hipotético deductivo, la técnica de la encuesta y los instrumentos el SODEMEM-Cardozo, la escala de Graffar y el Connors-Davidson Resilience Scale, versión en español. *Resultados:* Predominó el sexo femenino, los no becados y la religión católica. La mayoría fue de procedencia urbana con residencia en Valencia, más de $\frac{3}{4}$ partes se encontró entre el I-II estrato en la escala de Graffar, con una resiliencia alta. Hubo asociación estadísticamente significativa entre el nivel de resiliencia y el sexo. Sin asociación y correlación entre la resiliencia el estrato social y la edad respectivamente. *Conclusión:* Dados los altos niveles de resiliencia encontrados en la muestra estudiada se puede inferir que los estudiantes poseen cualidades que les permitan asumirse como seres positivos, capaces de adentrarse a construir desde su individualidad consciente el cambio de la realidad actual, partiendo de que el mismo no depende del otro sino de cada uno de ellos, lo que por sí misma constituye una fortaleza dado el contexto actual de violencia por el que transita Venezuela.

Palabras clave: Resiliencia, Violencia, Estudiante.

INTRODUCCIÓN

El concepto de resiliencia alude a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir transformado de ellas. El mismo es un vocablo nuevo, de uso cada vez más frecuente pero poco estudiado, el cual expresa la adaptabilidad de los individuos o los grupos frente a los retos o amenazas siendo definido como la capacidad para vivir, desarrollarse positivamente o superarse frente al estrés o las adversidades que pueden normalmente ser causa de consecuencias negativas (1).

En los profesionales de la salud, la resiliencia se relaciona con la personalidad a través de una serie de rasgos que se asocian como componentes para mejorar el funcionamiento y bienestar de los mismos, y que participa en la mejora de la propia resiliencia contribuyendo a la reducción del estrés y consiguiente mejoría del bienestar físico y mental (2).

Ya desde 1993, Wolin y Wolin utilizaban la teoría del Mándala de la resiliencia para denominar el conjunto de características o cualidades protectoras que todos los sobrevivientes exitosos tienen para afrontar la adversidad tomando en cuenta la mayoría de los factores descritos por Werner (3), que incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de afrontar adecuadamente las dificultades, y además de una forma socialmente aceptable.

Para Cyrulnik en 2002, la resiliencia es un proceso, un conjunto de fenómenos armonizados, en el cual la persona afronta un contexto, afectivo, social y cultural. También la define como el arte de navegar en los torrentes (4).

La resiliencia como combinación de factores que permiten a la persona afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, se caracteriza por un conjunto de procesos sociales intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano (5), hecho tan vigente, actualmente en Venezuela.

Ser resiliente constituye la capacidad humana que permite reponerse positivamente ante una situación de mucho estrés. En este sentido, la vida del venezolano conlleva al afrontamiento de situaciones que generan violencia por inseguridad, desempleo, pobreza extrema y exclusión. La resiliencia en el contexto educativo, hace hincapié en las actuaciones de los estudiantes que ante

las circunstancias actuales pudieran necesitar la capacidad de superarlas efectivamente, llevando a lograr con éxito procesos como el de aprendizaje, y más concretamente su rendimiento académico.

No obstante, el proceso de aprendizaje implica una gran dosis de motivación, lo cual supone no sólo resistir adecuadamente a las exigencias de adaptación y respuestas de todo tipo, sino también la capacidad de autorregularse para responder adecuadamente sin caer en situaciones de alteración emocional o física.

Para la educación, el término implica lo mismo que en física, una dinámica positiva, una capacidad de volver hacia adelante. No obstante, la resiliencia humana no se limita a resistir, ella permite la reconstrucción y en términos educativos está concebida como un resorte moral, y una cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir, capaz de superarse a pesar de la adversidad.

Hasta ahora, algunas categorías psicológicas han sido exploradas en los estudiantes que están relacionadas con la resiliencia, tal es el caso de la ansiedad, rasgos de personalidad, auto concepto y asertividad; sin embargo algunas dimensiones de la resiliencia no han sido objeto de investigación en la población universitaria lo cual tiene implicaciones educativas, ya que la calidad de vida resulta esencial para desempeñarse adecuadamente en el escenario educativo.

Es por esta razón que, en este mismo escenario, la resiliencia juega un papel importante, ya que el individuo mide sus propias fuerzas frente a diferentes retos y demandas, no solo de tipo académico sino psicosocial.

En este sentido, la resiliencia en educación abre un nuevo campo creativo en donde se entregan las herramientas necesarias para que el estudiante mantenga la curiosidad, use la lógica, sea responsable de sí mismo, se adapte con tolerancia a la frustración y maneje cierto control para afrontar la adversidad.

Al ser la resiliencia un elemento importante capaz de intervenir en la calidad de vida, su abordaje debe ser relevante en toda institución de Educación Superior; ya que la resiliencia en cualquier proceso de formación juega un papel estratégico que contribuye al desarrollo de competencias académicas y personales, que le permiten al estudiante superar situaciones adversas y salir adelante a lo largo de la vida (6), lo que en un estudiante de medicina y mucho más aún en

el futuro médico de la Venezuela actual constituye una herramienta de vital trascendencia para la formación de personas y profesionales equilibrados, capaces de afrontar el contexto actual de violencia en el que muchas veces se deberá realizar el ejercicio profesional.

En la actualidad, existe diversidad de estudios sobre la temática de la resiliencia en estudiantes, entre ellos, Saavedra y Villalta (7) en el 2008 señalaron que no existía diferencia estadísticamente significativa en los niveles de resiliencia asociados a la edad, ya que obtuvieron resultados similares en las diferentes etapas de vida.

A asimismo en el 2011, González y Valdez (8) concluyeron que con respecto a la variable edad no se encontraron diferencias significativas.

Por otra parte, Villalta (9) señaló que los resultados obtenidos muestran que la relación entre resiliencia y logros de aprendizaje no es directa ni evidente, mientras se potencian en dos situaciones significativas de adversidad (el divorcio o separación de los padres y embarazo propio o de la pareja).

Del mismo modo Pulgar en el 2010 (10), analizó los factores de resiliencia presentes en estudiantes de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán, aseverando que los estudiantes, presentan factores de resiliencia asociados a la carrera de procedencia, características personales, perfiles específicos de ingreso y egreso de las carreras pre-grado.

La resiliencia en la adolescencia tiene que ver con la capacidad de poder resolver el problema de la identidad en contextos donde esta no posee las condiciones para construirse de modo positivo si no está mediada por experiencias vinculantes que les ayude a confiar en sí mismos y en los demás (11).

Mientras en la juventud se busca encontrar en el medio social las posibilidades para que su identidad sea reconocida y que su autonomía sea validada en las decisiones y acciones que asumen, para progresivamente dar sentido y forma a su proyecto vital. Necesitan por tanto, autenticar y obtener reconocimiento al proyecto de identidad que han estado ensayando ya que en eso se juegan sus posibilidades madurativas e integrativas.

Por otra parte, la resiliencia en los jóvenes tiene que ver entonces con fortalecer la autonomía –cuya aprendizaje vital se da en la niñez, y aplicación, es decir la capacidad de gestionar sus propios

proyectos de modo responsable y diligente (11).

La presente investigación, contribuirá a aportar antecedentes acerca de la resiliencia en el estudiante de medicina en el contexto actual de violencia que se vive en Venezuela, siendo el objetivo general: Analizar la resiliencia en los estudiantes de tercer año de medicina y los objetivos específicos: establecer los aspectos socio-demográficos de la muestra (sexo, edad, procedencia, lugar de residencia, estrato socioeconómico, religión); determinar la resiliencia de los estudiantes evaluados; categorizar los niveles de resiliencia; asociar la resiliencia con el sexo y relacionar la resiliencia con la edad y estrato socioeconómico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de una investigación de campo insertada dentro el paradigma cuantitativo, nivel correlacional, diseño no experimental, de corte transversal. La muestra fue no probabilística conformada por sujetos voluntarios estudiantes del tercer año de medicina de la Universidad de Carabobo, núcleo Valencia, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, previa firma de una carta de consentimiento informado, de acuerdo a la Declaración de Helsinki de 1983 (12,13).

Se empleó el método de razonamiento inductivo, la técnica de recolección de los datos fue la encuesta autoadministrada, habiéndose obtenido la información mediante el método hipotético deductivo, siendo la técnica la encuesta y los instrumentos el SODEMEM-Cardozo (14), la escala de Graffar y el Connors-Davidson Resilience Scale, versión en español.

Connors-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) en su versión en español realizada por Bobbes y col. Esta es una escala que consta de 25 ítems que se responden en una escala de Likert que va desde 0 hasta 4, donde 0 significa nada de acuerdo 4 totalmente de acuerdo. El constructo se compone de cinco factores o dimensiones: persistencia-tenacidad-autoeficacia (8 ítems); control bajo presión (7 ítems); adaptabilidad y redes de apoyo (5 ítems); control y propósito (3 ítems) y espiritualidad (2 ítems), cuyo coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach es 0,812. Para obtener las puntuaciones de cada dimensión se suman las puntuaciones obtenidas en cada uno

de los ítems que pertenecen a cada dimensión, posteriormente para obtener la puntuación global del test se suman las puntuaciones obtenidas en cada dimensión, considerándose que las puntuaciones entre 1 y 70 indican nivel bajo de resiliencia, medio entre 71 y 87 y mayor a 88 nivel alto de resiliencia (15), el cual constituye el criterio de base para categorizar y analizar los niveles de resiliencia con respecto a algunas otras variables como el sexo, la edad y el estrato socioeconómico.

De igual manera, se aplicó una versión modificada por Méndez, de la escala de Graffar para clasificar a la población en estratos sociales, la cual considera 4 variables: procedencia del ingreso, profesión del jefe de hogar, nivel de instrucción de la madre y condiciones de alojamiento, manejando un escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica), de acuerdo a la siguiente escala: Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos), Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos), Estrato III: clase media (10 a 12 puntos), Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos) y Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos) (16).

Una vez recolectados los datos fueron tabulados y procesados con el paquete estadístico PAST, versión libre 3.14, procediéndose al análisis descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para constatar el ajuste de las variables numéricas a la distribución normal, empleándose la prueba de Pearson para asociación de variables cuantitativas que se ajustaron a la distribución normal, con un intervalo de confianza de 95% y un nivel de significancia estadística $p < 0,05$; para la asociación de variables cualitativas se empleó la prueba exacta de Fisher, siendo presentados los resultados en tablas y/o gráficos de acuerdo a la variable estudiada (12).

RESULTADOS

La mediana de la edad fue 21 años, con un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 36 años, ubicándose en el rango de 18-22 años el 85,8% de la muestra en estudio, siendo el grupo de

33-37 años el de menor frecuencia; hubo un predominio del sexo femenino.

La mayor proporción de los estudiantes presentó la condición de no ser becada (79,4%); 82,1% de los estudiantes evaluados fueron de religión católica. (Tabla N°1)

Tabla N° 1. Aspectos Socio-demográficos según sexo, edad, condición de becado y religión de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula

Sexo	f	%
Masculino	72	33,0
Femenino	146	67,0
Grupo de edad		
18-22 años	187	85,8
23-27 años	20	9,2
28-32 años	8	3,7
33-37 años	3	1,4
Becado		
No	173	79,4
Sí	45	20,6
Religión		
Católica	179	82,1
Cristiana	17	7,8
No precisa	6	2,8
Evangélica	4	1,8
Ateo	3	1,4
Agnóstica	3	1,4
Mormón	2	0,9
Ninguna	2	0,9
Musulmán	1	0,5
Adventista	1	0,5
Total	218	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

Con respecto a la procedencia, 97,2% provenía del área urbana siendo el lugar de residencia más frecuente la ciudad de Valencia en el 32,1% de los casos. (Tabla N° 2)

Tabla N° 2. Aspectos Socio-demográficos según la procedencia y lugar de residencia de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula

Procedencia	f	%
Urbana	212	97,2
Rural	4	1,8
No contestó	2	0,9
Lugar de Residencia		
Valencia	70	32,1
Naguanagua	51	23,4
San Diego	43	19,7
Libertador	8	3,7
Tinaquillo	8	3,7
Guacara	8	3,7
Juan José Mora	5	2,3
Puerto Cabello	4	1,8
Bejuma	3	1,4
San Joaquín	3	1,4
Chirgua	1	0,5
Tocuyito	2	0,9
Montalbán	2	0,9
Carlos Arvelo	2	0,9
Los Guayos	2	0,9
No contestó	2	0,9
Miranda	1	0,5
San Carlos	1	0,5
Nirgua	1	0,5
Bruzual/Yaracuy	1	0,5
Total	218	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

En cuanto a la distribución por estrato social 40,4% se ubicó en el estrato II, nadie se ubicó en el estrato V. (Tabla N° 3)

Tabla N° 3. Distribución según el estrato social de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula.

Nivel de resiliencia	f	%
Bajo	7	3,2
Medio	26	11,9
Alto	169	77,5
No contestó	16	7,3
Total	218	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

El 77,2% de los estudiantes encuestados tuvo un nivel de resiliencia alto; esto sobre la base de las puntuaciones obtenidas al sumar cada ítem del instrumento utilizado, lo que al interpretarse permite analizar que a mayor puntuación en cada dimensión, más indicadores de resiliencia demuestra el individuo. El 7,3% de los estudiantes no respondió el cuestionario. (Tabla N° 4)

Tabla N° 4: Niveles de resiliencia de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula.

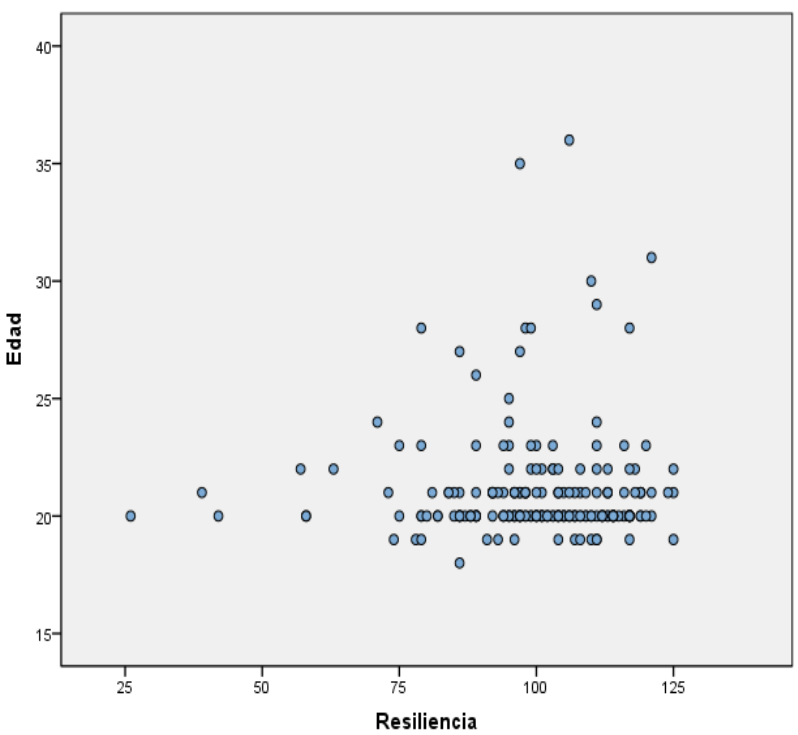
Nivel de resiliencia	f	%
Bajo	7	3,2
Medio	26	11,9
Alto	169	77,5
No contestó	16	7,3
Total	218	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

No hubo correlación entre la resiliencia y edad en los estudiantes estudiados ($Rho = -0,03$; $p = 0,963$) (Gráfico 1).

Hubo asociación estadísticamente significativa entre el nivel resiliencia y el sexo (Test exacto de Fisher: $p = 0,03$). (Tabla N° 5)

Gráfico N°1. Correlación entre resiliencia y edad en los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula.



Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

Tabla N° 5: Asociación entre nivel resiliencia y sexo en los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula.

Sexo	Nivel de Resiliencia		Total
	Bajo	Medio/Alto	
Masculino	5	60	65
Femenino	2	135	137
Total	7	195	202

Fuente: Datos obtenidos en la investigación. Test exacto de Fisher: $p = 0,03$

Mientras que en cuanto a la resiliencia y el estrato social al que pertenecieron los estudiantes no se encontró asociación estadísticamente significativa. (Tabla N° 6)

Tabla N° 6: Asociación entre resiliencia y estrato social en los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula.

Estrato Social	Nivel de Resiliencia		Total
	Bajo	Medio/Alto	
Estrato I / II	6	151	157
Estrato III / IV	1	41	42
Total	7	192	199

Fuente: Datos obtenidos en la investigación. Test exacto de Fisher $p=0,45$

DISCUSIÓN

Al comparar los hallazgos obtenidos en el presente estudio, los mismos resultan similares a los encontrados por Álvarez y Cáceres y en Colombia, y Campuzano, Arceo y Reyes en España en cuanto a que no hubo correlación entre la resiliencia y edad.

De igual manera, los resultados fueron similares en cuanto a que al asociar la resiliencia y el estrato socioeconómico tampoco se encontró asociación (17,18).

Por otra parte, al asociar el nivel resiliencia y el sexo los resultados coinciden con los encontrados por Álvarez y Cáceres (17) y Lorenzo en la Universidad del Bío Bío sede Chillán dos estudios en los que las mujeres resultaron más resilientes que los hombres (18).

Vale la pena destacar que, Pérez (19) tampoco consiguió asociaciones estadísticamente significativas entre el nivel de resiliencia y el sexo evidenciándose esto aún cuando la muestra estudiada estuvo conformada por adolescentes en etapa intermedia; del mismo modo el hecho de haber realizado su investigación en adolescentes podría explicar el contraste en los niveles de resiliencia encontrado por Pérez, donde el 65% de los estudiantes presentó un nivel moderado de resiliencia dada las diferencias de edades, dado que durante las fases de la adolescencia aún no se encuentra totalmente conformada la personalidad.

CONCLUSIÓN

La muestra estudiada en su mayoría se ubica en el rango de

juventud plena, con un predominio del sexo femenino, siendo similar en cuanto a la condición de no ser becada y religión profesada. Casi todos los estudiantes fueron de procedencia urbana y un tercio de ellos residían en la ciudad de Valencia, encontrándose las 2/5 partes de los mismos en el estrato social II de acuerdo al Método Graffar Méndez Castellano. Al analizar cada dimensión de los indicadores de resiliencia se interpreta que poco más de $\frac{3}{4}$ de los estudiantes posee un nivel de resiliencia alto; siendo constatada la asociación estadísticamente significativa existente entre el nivel resiliencia y el sexo. Lo cual no resulta de la misma manera al asociar la resiliencia y el estrato social, y al correlacionar la resiliencia y edad de los estudiantes en cuestión.

Por tal razón, y dados los altos niveles de resiliencia encontrados en la muestra estudiada, se puede inferir que los estudiantes poseen cualidades que les permitan asumirse como seres positivos, capaces de adentrarse a construir desde su individualidad consciente el cambio de la realidad actual, partiendo de que el mismo no depende del otro sino de cada uno de ellos y en conjunto, lo que en si misma constituye una fortaleza dado el contexto actual de violencia por el que transita Venezuela.

REFERENCIAS

1. Oriol A. Resiliencia. Educación Médica [revista en internet] 2012 [consultado 11 de marzo de 2018]; 15(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n2/colaboracion2.pdf>
2. Martínez L. Resiliencia y personalidad en el personal de urgencias hospitalarias y Extrahospitalarias del principado de Asturias [tesis de grado en internet] España: Universidad de Oviedo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014 [consultado 11 de marzo de 2018] Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/27807>
3. Suárez E. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2003.
4. Cyrułnik B. La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia. España: Granica; 2002.
5. Suárez E. Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria. En A. Melillo y E. Suárez Ojeda (Comps.), Resiliencia:

- descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2004.
6. Rutter M. Resiliencia psicosocial y mecanismos de protección. (Febrero 01, 2010). Disponible en: <http://www.psicosocial.net/.../67-resiliencia-psicosocial-y-mecanismos-de-proteccion> Consulta 04/12/17.
 7. Saavedra E, & Villalta, M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit* 2008; (14), pp. 31-40. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a05v14n14.pdf>. Consulta: 31/10/17.
 8. González N, & Valdez L. Resiliencia y personalidad en adultos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2011; 14 (4). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art16.pdf>. Consulta 04/2/17
 9. Villalta A. Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Revista de Pedagogía*, 2009; 31 (88), pp. 159-188. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ped/article/view/649. Consulta: 31/01/18.
 10. Pulgar L. Factores de resiliencia presentes en estudiantes de la universidad del Bío Bío, sede Chillán. (Tesis de Magister). Universidad del Bío-Bío. 2010.
 11. Grotberg, E. ¿Qué entendemos por resiliencia?, ¿cómo promoverla?, ¿cómo utilizarla?. En: E. Grotberg (Ed), *La resiliencia en el mundo de hoy. ¿Cómo superar las adversidades?*. Barcelona: Gedisa; 2006.
 12. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana; 2007.
 13. Canales, FH., de Alvarado, EV. & Pineda, EB. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. (16° reimpresión). México DF: Editorial LIMUSA; 2000.
 14. Cardozo R. Motivación y características socio-demográficas de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela y de la Universidad Autónoma de Madrid, España. 2009-2010. [Tesis doctoral] Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5982/36868_cardozo_rosa.pdf?sequence=1 Consulta: 04/12/17.
 15. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* [revista en internet] 2003 [consultado 15 de enero de 2018]; 18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
 16. Méndez H, de Méndez M. Sociedad y estratificación. Método Graffar Méndez Castellano. Caracas, FUNDACREDESA; 1994.
 17. Álvarez L, Cáceres L. Resiliencia, Rendimiento Académico y Variables Sociodemográficas en Estudiantes Universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*. 2010; 18(2):37-46.
 18. Campuzano M, Arceo M, Reyes A. Resiliencia en los alumnos de la Facultad de Medicina de la UAEM. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2013; 10(1). Disponible en: <http://ride.org.mx/1-11/index.php/RIDSESECUNDARIO/article/view/260/255> Consulta: 31/01/18.
 19. Pérez S. Resiliencia y proyecto de vida en adolescentes del Liceo Martín José Sanabria del Estado Carabobo. 2016 [Tesis de Especialista] Universidad de Carabobo.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS NO VITALES: CONTRACULTURA DE LA BELLEZA CORPORAL DE LA MUJER VENEZOLANA

Liliana Lessire Vásquez

RESUMEN

La belleza ha sido definida como la característica de aquello que a través de una experiencia sensorial (percepción) procura una sensación de placer o un sentimiento de satisfacción. El presente ensayo presenta una reflexión desde vivencias propias y ajenas sobre consideraciones, que junto a la teoría social vinculada –en clave hermenéutica- da consideraciones sobre el estado del fenómeno en cuanto al cuerpo de la mujer y su búsqueda de invasión de éste a través de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos no vitales. La reflexión final indica que la mujer venezolana forma parte de la ideologización moderna de búsqueda de la belleza corporal y tiende a formar parte de un mercado que pueda satisfacer sus necesidades y reafirmar su confianza, seguridad, autoestima de su yo, todo lo cual se percibe como poder. En la actualidad, una manera de esta mujer participar en ese mercado actual es la de someterse a procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos comúnmente dolorosos e intrusivos al cuerpo humano. Vemos adolescentes con síntomas de enfermedades psicológicas, no aceptándose como son a pesar que poseen una juventud y una belleza natural. Vemos cada vez que el sector salud a través del Estado venezolano en vez de ser garante de la salud pública contribuye más al deterioro de ella, en no actuar en ese mercado feroz que ya ha cobrado la vida de nuestras niñas y mujeres. Existe una creciente necesidad de destapar el problema de la irracionalidad vital de la búsqueda de la belleza corporal femenina a través de estos procedimientos e incidir sobre él con la intención de mejora para la mujer, especialmente nuestras adolescentes.

Palabras clave: Belleza femenina venezolana, Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos no vitales, Contracultura.

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad donde la imagen que proyecta la mujer es importante. Ahora bien, para hablar de la belleza del cuerpo femenino es necesario empezar a definir ¿Qué es la belleza? ¿Cómo es un cuerpo bello? El ensayo está dirigido a reflexionar de modo crítico y con sentido descolonial sobre los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos no vitales añorados y realizados por mujeres venezolanas en búsqueda de la representación de la belleza corporal ideologizada por el ideal materialista moderno actual de tal belleza, y contrario a la búsqueda del buen vivir planteado, entre otras, por la corriente de pensamiento descolonial y el modo de vida ancestral en nuestros territorios latinoamericanos. Desde esta postura visualizo primero una breve visión histórica de la belleza corporal femenina, su ideologización en la actual modernidad y el poder sentido y consentido. En segundo lugar interpreto el significado de tal belleza como un proceso de ideologización con una visión de moda interminable no saludable. Asimismo, enlace el ideal de belleza corporal de la mujer venezolana, el Estado y su política de salud al respecto. Finalmente, a modo de cierre, desde el desarme del objeto de estudio reconstruyo una nueva mirada reflexiva de comprensión educativa actual de la orientación que debe tomar la noción de la belleza corporal de la mujer venezolana en virtud de su actuación irracional para optar por procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos innecesarios, especialmente en nuestras adolescentes venezolanas.

Belleza femenina, ideología y poder

Es preocupante ver la incesante búsqueda que tiene la mujer sobre la belleza de su cuerpo. Menciono la palabra “preocupante” porque he visto la actuación de algunas mujeres fuera de todo contexto racional en este sentido perjudicando su cuerpo e, incluso, alcanzando la muerte.

Lo anterior me llevó a preguntarme ¿Qué es ser bella? ¿Qué es una mujer bella? Para dar respuestas a estas interrogantes busqué en el Diccionario de la Real Academia Española (1). el significado de las palabras “bella” y “belleza”. En cuanto a la primera, es un

adjetivo que califica aquello que, por la perfección de sus formas, complace a la vista o al oído y, por extensión, al espíritu. Y en cuanto a la segunda, la define como un sustantivo que indica la cualidad de bello y, también, es un indicador de una persona o cosa notable por su hermosura. Ambos significados referidos al cuerpo femenino desde conlleva a que ser bella o tener belleza implica equilibrio y armonía y produce un sentimiento de atracción y de bienestar y por ello es considerada como una percepción, que depende del nivel cultural y educativo de la persona que la percibe.

Son muchas las definiciones de belleza que han aparecido a lo largo de la historia del arte y de la filosofía. En la antigua Grecia, los sofistas definieron la belleza como algo que resultaba agradable y satisfacía los sentidos: la vista y el oído. Sócrates le daba otra definición y para él la belleza no es solo externa sino del alma, por lo que la mujer era bella si expresaba sentimientos y emociones. “La belleza de la mujer se halla iluminada por una luz que nos lleva y convida a contemplar el alma que habita tal cuerpo y si aquella es tan bella como ésta, es imposible no amarla”. (2)

Para Platón (3), en Hippias Mayor, la belleza no se refería únicamente a aquello que da placer sensual, que agrada a los sentidos, sino a todo lo que causaba aprobación o admiración, lo que fascinaba y agradaba en cualquiera de sus formas. En cambio Plotino expresaba que la belleza viene del interior del ser. En Eneadas, dice: “En verdad no hay belleza más auténtica, que la sabiduría que encontramos y amamos en algún individuo, prescindiendo de que su rostro pueda ser feo y sin mirar para nada su apariencia, buscamos su belleza interior” (4). Asimismo, Aristóteles (5) manifestaba que la belleza está en el orden, la proporción y la delimitación, cuestiones puramente físicas, y se encuentra en las proporciones perfectas, en la justa medida, en la simetría.

Sin duda, percibir la belleza es un misterio para el ser humano. En términos religiosos encontramos que en la Biblia (libro sagrado de los cristianos) señala que la belleza es mostrar la creación de Dios, es decir, Dios mismo es belleza, y la belleza verdadera es cuando Dios habita en el ser y refleja lo que Él es.

Vuestro atavío no sea el externo de peinados ostentosos, de adornos de oro o de vestidos lujosos, sino el interno, el del

corazón, en el incorruptible ornato de un espíritu afable y apacible, que es de grande estima delante de Dios. Porque así también se ataviaban en otro tiempo aquellas santas mujeres que esperaban en Dios, estando sujetas a sus maridos. (6)

A este respecto, San Agustín enfatiza que la belleza es un acto de elevación, un acto de la creación, un acto de conocerse a uno mismo, un acto de conocer a Dios.

¡Tarde te amé, Hermosura tan antigua y tan nueva, tarde te amé! Y tú estabas dentro de mí y yo afuera, y así por fuera te buscaba; y, deforme como era, me lanzaba sobre estas cosas hermosas que tú creaste. Tú estabas conmigo, mas yo no estaba contigo. Reteníanme lejos de ti aquellas cosas que, si no estuviesen en ti, no existirían. Me llamaste y clamaste, y quebrantaste mi sordera; brillaste y resplandeciste, y curaste mi ceguera; exhalaste tu perfume, y lo aspiré, y ahora te anhele; gusté de ti, y ahora siento hambre y sed de ti; me tocaste, y deseé con ansia la paz que procede de ti (7).

Sin embargo, para la mujer moderna el ser bella en la actualidad genera una sensación de disfrute, de confianza, de valoración de sí misma como persona y de aceptación en su medio social. Hoy por hoy, una mujer es bella si cumple con una serie de requisitos que están dentro de los cánones de la belleza actual. Éste se refiere a unas medidas consideradas como ideales, un ejemplo, es el caso de la mujer cuyas medidas deben ser 90-60-90 (busto, cintura y cadera), con estatura mínima de 1.70 mts y tener una piel libre de imperfecciones (celulitis, estrías, tumoraciones, entre otras). Sin embargo, hay posturas donde las medidas del ideal de belleza en el cuerpo son los senos y glúteos más voluminosos, rompiendo los esquemas anteriores.

En el caso específico de la mujer venezolana, la definición de belleza está demarcada y remarcada en el espejo. Un ritual de nosotras las mujeres es vernos al espejo con la simple intención de percibir si estamos agradables a esa sociedad con la cual hacemos contacto. Pareciera que no podemos desligarnos del Síndrome de Blancanieves. Si recordamos el cuento, hay episodios donde la malvada reina se coloca frente al espejo y le pregunta ¿Quién es

la más bonita? mostrando así inseguridad a pesar de su extrema belleza, pero amenazada por la belleza juvenil de su hijastra.

Este episodio del cuento lo vivimos a diario, pasamos horas frente al espejo, es una obsesión. A mi modo de ver –aunque pareciera irónico- la única razón es vernos más bellas ante las demás mujeres –digno de estudio además- o en algunos casos vernos agradables al sexo opuesto. Nos molesta cuando hacen referencia a que unas somos más bonitas que otras, y es ahí donde comienza la competencia que acarrea inseguridad, miedo a la vejez, envidia y vanidad. Comenzamos, entonces, a buscar esos patrones de cuerpos ideales, e incurrimos en un mercado de consumo en todos los sectores, incluyendo el sector salud. Este último ha creado un nicho de mercado de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos donde el único producto es la belleza, un mercado que propende a parecerse a una política de salud aunque no sea así ni el Estado lo divulgue abiertamente. Proviene más bien de una intención ideologizante frecuentemente foránea, privada y comunicada principalmente por los medios tecnológicos audiovisuales; es contracultura de influencia en las grandes mayorías, casi siempre denominadas subdesarrolladas.

Las naciones subdesarrolladas siguen existiendo, el peligro para ellas no es la desaparición de su cultura nativa sino que habría que sentar la mirada en la reappropriación que esas culturas hacen de la cultura global para reconstruir las identidades étnicas regionales y nacionales. La mayoría de los bienes y mensajes recibidos por los medios no son producciones propias, proceden en su mayoría del sistema transnacional, es por ello que la gestión de los Estados a la hora de planificarse políticas culturales, debería propiciar la gestión social que permita abrir la participación, en la construcción de identidades, a los sectores marginados y minorías. Por el contrario, la tendencia neoliberal hace que el Estado delegue cada vez más sus responsabilidades públicas a los intereses privados. (8)

Los esquemas societales cada vez son más exigentes, por lo que la mujer se ha sometido a los distintos cambios de la moda en ese sentido que se vuelven obsoletos en tiempos breves. Dichos cambios pueden ser por tecnologías más avanzadas o por tratamientos más contundentes y menos invasivos. Por ejemplo, los tratamientos de

láser, implantes, botox, entre otros, lograron y siguen logrando captar y consolidar un determinado mercado, sin embargo, hoy día someterse a tratamientos de inyecciones de grasas que se extrae del propio cuerpo del consumidor, es estar en la onda de la moda.

La búsqueda de la belleza siempre ha existido, la mujer ha tenido esa necesidad desde la prehistoria hasta nuestros días. No importa de qué país provengan ni en qué cultura se hayan educado, las mujeres se valen de diferentes armas para ajustarse al modelo de belleza que los cánones indican. Ser bella es un atributo que le da a la mujer prestigio, reconocimiento e incluso movilidad social, en otras palabras, la belleza es considerada como una fuente de poder para las mujeres. La intencionalidad de estar siempre a la vanguardia con la moda da poder, que se expresa entre otras cosas en ser reconocida y aceptada socialmente, por lo tanto, los códigos sociales están basados en la imagen corporal, que en la actualidad es ideología modernizadora poderosa.

La que se cree bella o hermosa, por lo general, se cree digna de la admiración de otros. Avanza de la adoración de sí misma a esperar la adoración de los demás hacia ella. Estas mujeres tienen a su alrededor séquito de aduladores, los que continuamente les están llenando la cabeza de pensamientos que les hacen sentir ser el centro del universo. Lo dicho anteriormente no está muy lejos por lo planteado por Michel Foucault que identificaba el cuerpo como centro de ejercicio del poder, lugar donde se consigue la docilidad y la subjetividad se construye. Estamos en una sociedad que pone en práctica el uso intensivo del poder y el culto del propio cuerpo como coleccionista de sensaciones, trayendo como consecuencia una somatización de la subjetividad en la que el cuerpo y el sí mismo se tornan idéntico, por lo tanto da la sensación que tener un cuerpo da impresión de ser un cuerpo. (9)

Ideologización de la belleza corporal de la mujer venezolana: visión de una moda interminable no saludable

Lamentablemente, nuestro sistema social ha borrado de nuestra concepción que somos seres humanos, que cada una de nosotras somos diferentes, únicas e irrepetibles, sin embargo, la ideología

hegemónica ha impuesto un modelo único de cuerpo, desterrando así nuestras raíces y rasgos como nativos de América y adoptado posturas eurocentristas. La razón materialista dialéctica de Marx no se equivocó en aludir que el cuerpo es moldeado por el contexto social y cultural (10). Sin duda, no está muy lejos de la realidad, estamos siendo seducidos por un discurso hegemónico enquistado en la sociedad que consolida el capitalismo y promueve el consumo masivo, planteando diseños y prácticas de vida donde el cuerpo de la mujer es uno de los blancos perfectos.

En la actualidad, el modelo económico neoliberal que ha seducido los sistemas políticos económicos y sociales vislumbra el cuerpo femenino dentro de la dinámica de la globalización, considerándolo en el marco de la oferta y la demanda, y dentro de estándares mundiales de productividad y competitividad. En este sentido, es fácil comprender que el cuerpo femenino se vincule a este movimiento como fuente de explotación para que, por ejemplo, las grandes empresas y multinacionales de cosméticos sean las beneficiadas. (11)

No podemos olvidar también que los medios de comunicación masiva se han prestado al proceso de dominación del ser humano. A través de sus mensajes publicitarios, han moldeado a las sociedades en relación a sus gustos, sus aspiraciones, su privacidad, e incluso llevándolas al punto de tener un comportamiento de consumo masivo. “Las necesidades son dirigidas y moldeadas, y la autonomía del consumidor se eclipsa en beneficio de un acondicionamiento de la demanda orquestado desde el aparato tecno-estructural”. (12)

A través de los medios de comunicación se da una colonización cultural y social donde se impone un modelo de sujeto, de cuerpo. Esta ideología, esta concepción del hombre/mujer y del mundo que intenta dominar a todo el mundo, intenta imponerse en nosotros y va creando un modelo de cuerpo que es el cuerpo a merced del mercado, del marketing. Hay un consumo del cuerpo que termina consumiendo al cuerpo: es el cuerpo consumido. Consumimos los sistemas de salud, las medicinas prepagas, los productos de la industria farmacéutica, ciertos tipos de alimentos y bebidas, diferentes ofertas de gimnasias y tratamientos para la estética corporal. Consumimos un tipo de cuerpo, un tipo de belleza, un modelo ajeno a nuestra historia y nuestra geografía; queremos ser otros,

otros cuerpos que se ajusten al “modelo universal”. (13)

Los medios han sobreevaluado al cuerpo, lo cual tiende a conducir a un grave problema: al sacrificio de otros valores más necesarios y urgentes, para imponer un patrón de belleza corporal femenina a la fuerza. Ello puede conducir a la destrucción personal, cual es el caso patológico de la anorexia y la bulimia. Una y otra son coincidentes en el rechazo e insatisfacción del propio cuerpo, compartiendo la ansiedad por la delgadez y el miedo por aumentar peso. En estos casos, la fuerza de la búsqueda de la belleza es tal que impide la coexistencia de valores corporales de una mayor necesidad y urgencia: alimento, salud o descanso. La imagen del cuerpo es tan valorada que es necesario mortificarla para que, estéticamente, sea lo que socialmente debe ser.

Lamentablemente, el cuerpo de la mujer es considerado como una mercancía dentro de la producción y distribución de la sociedad de consumo y que tiene como finalidad satisfacer las necesidades del ego y vanidad del propio ser. Así, su mantenimiento, reproducción y representación se convierten en temas centrales en la sociedad de consumo (14,15). Estamos envueltos en un sistema de producción industrializado llamado capitalismo con sus respectivos agravantes, entre ellos el fenómeno llamado plusvalía, que es el mayor valor que saca un empresario a un producto. Evidentemente toda inversión tiene su objetivo y es el tener una máxima rentabilidad en sus unidades monetarias (16). En este caso, la rentabilidad obtenida de un procedimiento quirúrgico y no quirúrgico vendrá dada por dos factores: la calidad y los resultados finales, las cuales consisten en vernos bien, atractivas, deseadas por nosotras mismas y por el conjunto de la sociedad. El sistema capitalista no distingue razas, credos, ideologías ni clase social, por lo que muchas caemos en ese mercado, incluso caemos en desgracia.

Evidentemente, se observa que el cuerpo de la mujer termina siendo simplemente un eslogan comercial, desde la manera de vestir hasta su actitud hacia los demás. Por el simple hecho de no estar en sintonía con el entorno social, la mujer es objeto de crítica, de burla e incluso de acoso social. A este respecto Le Breton comenta que “(...) le dieron al cuerpo un valor de objeto cuyo precio es inestimable para una demanda cada vez mayor”. (17)

Hay que reconocer que las estructuras sociales han manipulado la esencia del ser a través de mecanismo de falsas necesidades, nos han creado ciertos estereotipos de conductas que cambian nuestros estilos de vida. Bourdieu considera que:

(...) las necesidades están construidas socialmente sobre una arbitrariedad, aunque algunos nos quieran hacer creer que es debido a una necesidad natural para ejercer una legitimación de la dominación de los que se pueden dedicar a las necesidades más altas sobre los que se tienen que preocupar por las necesidades más bajas. (18)

Toda esta estructura de dominación de los sentidos de la mujer en la búsqueda de la belleza de su cuerpo se ajusta en una dimensión de espiral, es decir, la dominación social se da de manera creciente e indefinida en esas necesidades falsas que hace a la mujer participar en un mercado de consumo masivo de modas moldeables, y así hasta el infinito, asociado en cierta manera a lo cíclico o a aquello que parece no tener final.

Ideal de la belleza corporal de la mujer venezolana, Estado y política de salud en cuanto a procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos

En el estado actual de las cosas es frecuente observar que la belleza de la mujer se ha puesto, en algunos casos, en manos de los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos en muchos casos innecesarios biológica y económicamente. Se ha convertido una operación mercantilista y a veces, adicionalmente, en percances y medicamentos, con el fin de mantener el politeísmo estético, sin fundamentos, sin valores e insensible, que hace posible que la existencia de cualquier cosa o cualquier acción en ese sentido pueda ser considerada como un deseo de consumo para la belleza de la mujer, que en definitiva termina consumiéndola a ella.

Hoy la ciencia consigue el cuerpo que queremos, a gusto del consumidor, transformándoles sus apariencias y no importando sus edades. Asimismo, se han convertido en un negocio global masivo, reafirmando los principios del capitalismo, produciendo importantes ganancias a las grandes industrias que "(...) han logrado implantar

en las colectividades la necesidad de mejoramiento de la imagen corporal como exigencia de vida y mecanismo de inclusión, en una sociedad inequitativa y excluyente, dejando a los individuos a merced del mercado". (19)

Este mercado estético ha generado una avalancha, una crisis que va en camino sin introspección, sin tocar fondo y que a mi parecer posiblemente nunca lo toque. Hoy en día las mujeres están en la lucha sin cuartel para lograr el modelo estético que ha llegado a ser dominante. Por su parte las clínicas, los médicos han incursionado en este sistema de mercantilización del cuerpo femenino ofreciendo consejos médicos sobre tratamiento de belleza, sustancias que van desde silicona hasta biopolímeros, o cualquier otra que garantice la obtención de la modificación corporal deseada. Dentro de este mercado hay un cuestionamiento bioético hacia el personal de salud ya que como sucede siempre en el capitalismo, importa muy poco si esa sustancia o tratamiento es dañino para la salud o mortal para la mujer, lo importante aquí es el lucro que se pueda obtener.

Esta mercantilización para obtener la belleza del cuerpo femenino no conoce límites ni fronteras, no respeta condiciones sociales ni económicas, no considera la edad de la mujer, hasta el punto de dominar la atención de las niñas y de las adolescentes con el fin de dominarlas e imponerles una verdad en base a lo que el mercado ofrece o a lo que él quiere que veamos como belleza, afectando considerablemente y de manera deshumanizada su autoestima, provocando problemas de personalidad, provocando trastornos alimenticios, hasta el punto de eliminar de ellas su identidad personal.

Por ejemplo, esta situación llevó al Estado venezolano en el mes de junio del año 2012, a través del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ), a aceptar una demanda de protección interpuesta por la Defensoría del Pueblo, en donde se ordenaba la prohibición de los llamados implantes PIP. Posteriormente, la resolución N° 152 se hizo vigente a partir del 5 de diciembre de 2012 a través de la gaceta No. 40.06520, donde se observa claramente la prohibición de uso y aplicación de sustancias de rellenos en tratamientos con fines estéticos. En su Artículo 1 señala lo siguiente:

La presente Resolución tiene por objeto prohibir en todo

el territorio nacional el uso y aplicación de sustancias de relleno en tratamientos con fines estéticos tales como ácido hialúronico (de origen natural, biotecnológico o sintético con fines estéticos), Polimetacrilato (PMMA y PHEMA), acrilamidas, poliacrilamidas, polimetilmetacrilatos, polivinilpirrolidona y/o sus derivados, parafina, siliconas y siloxanos líquida o cualquiera de sus mezclas, polixiloxanos, cualquier mezcla de estas sustancias, bajo sus formas comerciales: biofil, bios kin, metacol, silomed, bioderm, polifil, metacrilato, biosiluet, metanol, silikon 1000, entre otras indicadas en la lista anexa a la presente, Resolución, en lugares públicos y privados, establecimientos de salud públicos y privados, así como en Estéticas, Barberías, Peluquerías, Salones de Belleza, Salones de Cosmetología, Gimnasio, Centros de Adelgazamiento, Centro de Masajes, Spas, Hoteles. (20)

Sin embargo, a pesar que existen estas políticas sanitarias dirigidas a reducir los riesgos a la salud y a la vida de la población, paradójicamente vemos a diario en vallas publicitarias, revistas, periódicos y televisión campañas publicitarias y propagandas de manera sublimar y en otros casos abiertamente. Aunque los funcionarios públicos pueden hacer uso de sus funciones para castigar esta violación clara a la ley, lamentablemente se hace caso omiso e incluso ellos mismos participan en este sistema. Ejemplos de éstos los observamos a diario cuando algunas ministras, diputadas y personajes muy allegados a los círculos del gobierno legitiman y naturalizan el haber realizado lo prenombrado modificándose corporalmente a través de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos.

Ante tal realidad, surgen interrogantes como ¿Quién le pone el cascabel al gato? ¿Cómo podemos parar la autoagresión a la mujer? ¿Realmente el Estado está velando por el bienestar de su nación o está velando por sus propios intereses? Con estos argumentos no pretendo juzgar a la mujer, cada quien es libre en lo que hace, piensa y actúa, como dicen los cristianos “Dios nos hizo con libre albedrío”. Pero tampoco es que tengamos que seguir en la onda de que la mujer actúa así porque estamos en un estado patriarcal, porque la mujer es oprimida socialmente por el hombre, entre otras cosas que se dicen, que no dudo que tengan sus verdades anidadas, pero lo cierto es que la mujer sigue tomando conductas hipócritas, alienantes, y de autoirrespeto como ser humano, al no valorarse tal y cual como es.

Creo que llego la hora de empezar a transmitirles a nuestras hijas, nuestras niñas, nuestras adolescentes, posturas críticas y cuestionantes en relación al reconocimiento del cuerpo, a mirarse al espejo y autoaceptarse, a observar la otra sin miedo. Tenemos un deber histórico con nosotras mismas, y es de rescatar nuestras raíces indígenas, no avergonzarnos de dónde venimos, aceptar que somos de piel canela, de pelo negro, de estatura baja. Aceptar que somos bellas cuando afloramos lo natural en nuestra feminidad, la sencillez y calidez del trato que le damos a lo demás, la ternura de ser madre, la manera de amar, la armonía con la Pachamama y la sencillez de vivir bien. Afianzarle a nuestra generación futura que tenemos derecho de envejecer en paz y de dignificar nuestro cuerpo incluso después de la muerte.

Invito a mis pares a unirnos y a empezar “Sin miedo, tú y yo, descolonicemos, lo que nos enseñaron, con nuestro pelo negro, con pómulos marcados, con el orgullo indio en el alma tatuado...Vengo a mirar el mundo de nuevo”. (21)

A MODO DE CIERRE

Se ha visto a lo largo de la historia que la mujer se ha adaptado a los diferentes cánones de belleza trayendo concepciones de belleza inimaginables con el fin de ser aceptadas socialmente. Sin duda, buscar el significado de la belleza corporal femenina debe partir de la subjetividad del ser. Para los que algunos es bello para otros no lo es.

En este sentido, los medios de comunicación han contribuido a mercadear la belleza corporal femenina emulando los gustos por los que ellas más se inclinan, lo cual tiende a conducir a un grave problema: imponer un prototipo de belleza a la fuerza. El fin de lo antes planteado es propagar un mercado de consumo, haciendo ver a la mujer que la única manera de ser aceptada socialmente es a través de una imagen enmarcada en una belleza irreal. Es así como el ser humano tiende a formar parte de ese mercado buscando satisfacer sus necesidades y reafirmando la confianza, la seguridad y la autoestima de su yo. En la actualidad, una manera de la mujer participar en ese mercado actual es la de someterse a procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos comúnmente dolorosos e intrusivos al cuerpo humano.

Una vez que logran ese deseo, se desata una obsesión o una adicción a estos procedimientos convirtiéndose en un ciclo vicioso, sometiéndose a una nueva intervención y a muchas más hasta llegar, según la mujer, a una belleza total. Pero la realidad es que llegan a la desfiguración de su imagen corporal. Hay necesidad de educación para no caer en el mercado de consumo y el concepto trivial e ideologizante de belleza corporal de la mujer, especialmente en las edades de adolescencia.

Se nos está escapando de nuestras manos esa búsqueda de la belleza del cuerpo femenino por las ansias de poder. Vemos adolescentes con síntomas de enfermedades psicológicas, no aceptándose como son a pesar que poseen una juventud y una belleza natural. Vemos cada vez que el sector salud a través del Estado venezolano en vez de ser garante de la salud pública contribuye más al deterioro de ella, en no actuar en ese mercado feroz que ya ha cobrado la vida de nuestras niñas y mujeres. Existen normativas legales, pero diría que de adorno, porque todo queda en investigación mas no en sanciones correctivas ante esta situación. Espero con este tejido argumentativo aportar reflexión a nivel de educación y donde el propósito último sea destapar el problema e incidir sobre él con la intención de mejora para la mujer, especialmente nuestras adolescentes venezolanas.

REFERENCIAS

1. Diccionario de la lengua española. (23^a. Ed.). Madrid: Real Academia Española; 2016. Bella/belleza. Madrid, España. Disponible: <http://dle.rae.es/?id=5Jw7ezp>
2. Serra JM. Belleza, imagen corporal, cirugía estética. Madrid: Real Academia de Doctores; 2015.
3. Platón. Hippias Mayor. Boston: John Adams Library; 1902.
4. Plotino. Eneadas. Biblioteca Clásica Gredos. Traducción de Jesús Igal; 1992.
5. Aristóteles. Moral: la gran moral, moral a Eudemo. 6^{ta}. Ed. Madrid: Espasa- Calpe; 1976.
6. Sagrada Biblia. Versión Directa de las Lenguas Originales por Eino Nícar Fuster y Alberto Colunga. 37^a ed. Madrid: Católica, Biblioteca de Autores Cristianos - Editorial; 1985. 1 Pedro 3:3-5.

7. San Agustín. Confesiones de San Agustín. Traducción de Antonio Branbila. Madrid: San Pablo; 1999.
8. Emanuelli S, Frau K, Podesta F, Simonelli M. Educación y comunicación. El impacto de las nuevas tecnologías en la vida cotidiana. En: Autores varios. Postmodernidad. Preguntas, debates y perspectivas. Quito: Abya-Yala; 1998. 91-100.
9. Castro RO. Foucault y el cuidado de la libertad. Ética para un rostro de arena. Santiago de Chile: Lom; 2008.
10. Marx K. Manuscritos económicos-filosóficos de 1844. Buenos Aires: Colihue; 1844/2004.
11. Berry B. Beauty bias: discrimination and social power. Estados Unidos: Praeger; 2007.
12. Lipovetsky G. El Imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas. Barcelona: Anagrama; 1987.
13. Trosman CA. Corpografías. En: I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas. Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario: Investigaciones en Artes Escénicas y Performáticas; 2012. P. 1-12.
14. Baudrillard J. La sociedad de consumo: sus mitos, sus estructuras. Barcelona: Plaza & Janés; 1974.
15. Featherstone M. The body in a consumer society. En: Featherstone, M.; Hepworth, M.; Turner, B. (comps). The body: social process and cultural theory. Londres: Sage; 1991.
16. Marx K. Le Capital. Traducción de M. J. Roy. 1867.
17. Le Breton D. La sociología del cuerpo. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
18. Bourdieu P. La distinción. Madrid: Taurus; 1979.
19. Pérez H. Reality show cambio extremo: el cuerpo como mercancía en la sociedad globalizada. Cuadernos de información; 2011.
20. Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela. Prohibición de uso y aplicación de sustancias de rellenos en tratamientos con fines estéticos. Resolución No 152. Gaceta 40.065. (5 de diciembre de 2012).
21. Tijoux AM. Vengo. En: Vengo. [Disco compacto]. Chile: Andrés Celis; 2014.

**LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA Y EL MOVIMIENTO
DE LA SALUD COLECTIVA EN LATINOAMERICA.
UNA VISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE ALMEIDA
FILHO Y SILVA PAIM**

Yralí V. Palacios, Anaid Marcano, Jesús Argenis Villarreal

RESUMEN

Introducción: La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamérica desde la perspectiva de Filho y Paim, intentan describir los elementos coyunturales que han intervenido en los cambios a los cuales se ha sometido el mundo a través de la décadas. Estos elementos interventores donde se evidencian los cambios de la realidad se han manifestado notablemente en el ámbito cultural, económico, social y político. En el ámbito de la salud se debate sobre la extensión de la cobertura de los servicios de salud considerando uno de los hechos más significativos para esta década el reconocimiento de la salud como un derecho, lo cual implica la responsabilidad de la sociedad para garantizarlo a sus ciudadanos. **Materiales y métodos:** la presente investigación obedece a un análisis documental partiendo del estudio exploratorio realizado por Almeida Filho y Silva Paim en el año 1999, inicialmente los autores reflejan la importancia de realizar un desconstrucción de los fundamentos históricos e institucionales de la crisis de la salud pública en el ámbito internacional, la postura de ambos invita a reflexionar y repensar en las consecuencias de un mundo velozmente globalizado y sus serios resultados en el ámbito de la salud colectiva. **Análisis y disertación:** Comprender la crisis sanitaria de esta época desde un proceso político histórico social contribuye al reconocimiento de la existencia de la medicina social, donde se encuentra la política aplicada en lo individual como también la política de la medicina en el ámbito social. Repensar sobre la nueva salud pública implica de manera profunda y crítica examinar los determinantes de la crisis, para lo cual es imprescindible no abandonar las dificultades encontradas en países de América Latina y el Caribe, es decir no se puede vislumbrar una sola interpretación sanitarista sino que es obligatorio agregar nuevos temas en la agenda de salud pública, lo cual llevaría una nueva reforma curricular y reformas administrativas que probablemente serían insuficientes en la consecución de políticas de justicia, equidad, solidaridad referentes al sector salud. **Conclusión:** La salud colectiva implica dentro del mundo científico un repensar de la ciencia, una revisión de los paradigmas y sus complejos elementos significantes, el documento revisado sobre la crisis de la salud pública, expresa que ésta favorece el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, las formas como la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, buscando su explicación y organizandose para enfrentarlos.

Palabras clave: Salud Pública, Salud Colectiva.

INTRODUCCIÓN

La primera parte del artículo titulada, ¿Una “Nueva Salud Pública” o nuevamente la vieja retórica? realizado por Almeida Filho y Silva Paim¹ en el año 1999, intenta describir los elementos coyunturales que han intervenido en los cambios a los cuales se ha sometido el mundo a través de las décadas. Estos elementos interventores donde se evidencia los cambios de la realidad se han hecho notablemente en el ámbito cultural, económico, social y político.

Los autores invitan a reflexionar y repensar en las consecuencias de un mundo velozmente globalizado, donde la internacionalización de la producción, la distribución y el consumo (mercado) aunado a la creciente tecnología de la información, han generado como consecuencias una economía globalizadora con serias consecuencias macroeconómicas transnacionalización empresarial, desterritorialización de la fuerza de trabajo, desempleo estructural, así como, el aumento de la pobreza, lo cual genera una enmarcada brecha en las desigualdades entre los pueblos y grupos sociales, especialmente la violencia en todas sus formas expresando un ahínco en la violación de los derechos humanos, sin dejar de mencionar la eclosión de los movimientos nacionalistas y una fuerte agresión hacia el medio ambiente y los espacios urbanos de convivencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente se circunscribe a un análisis documental del estudio exploratorio realizado por Almeida Filho y Silva Paim (1) en el año 1999, inicialmente los autores reflejan la importancia de realizar un desconstrucción de los fundamentos históricos e institucionales de la crisis de la salud pública en el ámbito internacional.

ANÁLISIS-DISERTACIÓN

En función de explicar el ámbito de la salud, se toma como punto de partida histórico los años setenta desde el debate sobre sus relaciones con el desarrollo económico y social, la discusión gira en torno a la extensión de la cobertura de los servicios de salud. Uno de los hechos significativos para esta década es el reconocimiento

de la salud como un derecho, lo cual implica la responsabilidad de la sociedad para garantizar los cuidados de salud siendo para ello imprescindible concentrar los avances técnicos de la medicina y de la salud pública a costos compatibles, definiendo políticas, estrategias, y modelos de atención, gestión y organización de servicios capaces de alcanzar las metas. Con tal hecho surge a nivel mundial el lema "Salud para todos en el año 2000". Una nueva estrategia de atención en salud surge de la conferencia Alma Ata sin embargo le situación de crisis devenida por los países capitalistas considerados como centro de la hegemonía del poder económico descrita por los mecanismos privilegiados en la asignación de los recursos evidencian la ausencia en una distribución equitativa de los bienes recursos y servicios destinadas a la atención de las necesidades sociales, especialmente a las requeridas por el sector salud.

Ante la llamada crisis de la salud pública los autores, refieren la actuación de distintos actores en el campo social e institucional, los aportes de nuevos paradigmas en la salud pública están incluidas las iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud, de revalorizar la "teoría y práctica de la salud pública" hasta la propuesta de una Nueva Salud Pública sugerida por Frenk (2) como parte del movimiento de renovación de la estrategia salud para todos.

De acuerdo a los movimientos en el campo social de la salud, uno de las primeras postura señaladas en el artículo, es la de Frenk (2) dentro de la nueva concepción científica de la salud pública hace un diferenciación de la tipología en cuanto a los niveles de actuación, considera que estos se dividen de manera individual y subindividual. Por un lado, investigación biomédica y la investigación clínica, en relación al nivel poblacional que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud). Para Frenk (2) la nueva salud pública esta direccionada a las áreas de aplicación poblaciones programas y problemas con una base en las ciencias biológicas y sociales del comportamiento.

En este orden de ideas, otro de los autores que va mas allá del concepto de salud pública establecido por Winslow en los años veinte es Terris (3), enmarcando cuatro áreas dentro de la teoría

y práctica de la salud pública, siendo estas, prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y de la rehabilitación; actualizando evidentemente la concepción original de la salud pública. Por otro lado, Testa (4) se traza un redimensionamiento teórico de la salud partiendo de una reflexión sobre las políticas sociales, para él la salud es una práctica social que deviene de una construcción histórica.

Las respuestas sociales dentro del ámbito colectivo-público-social en el área de la salud ha sido una muestra de conjunciones históricamente de los movimientos surgidos en la práctica sanitaria entre la sociedad y el estado, ambos son quienes definen las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. La participación política es el elemento que viene a contribuir y cambiar la concepción de la salud pública a lo largo de la historia. A la par de esta época en los Estados Unidos la acción del estado en el ámbito de la salud conduce que los funcionarios estatales de salud y bienestar sean considerados sanitaristas bajo el discurso y una práctica sobre las cuestiones de salud basados fundamentalmente en la aplicación de tecnología y en los principios de organización racional para la expansión de actividades profilácticas (saneamiento, inmunización y control de vectores) destinadas principalmente a los pobres y sectores excluidos de la población. Es a partir de inicios del siglo pasado a través del informe Flexner donde se acreditan las bases científicas de la medicina por medios de la practica y enseñanza medica.

El modelo flexneriano, denota la separación de lo individual y lo colectivo, lo biológico y social, lo privado y lo público y finalmente lo curativo y lo preventivo en el ámbito de la medicina y la salud, es a partir de la construcción de estos modelos donde surgen las primeras escuelas de salud pública apoyadas en fundaciones y organizaciones de corte social para la época, un ejemplo de ella es la fundación Rockefeller. Posterior a la crisis de la gran depresión de los años treinta, en la década de los cuarenta el elevado costo de la tecnificación aunado al aumento de la especialización de la práctica médica, nace una nueva propuesta de un sistema nacional de salud, con la participación directa de las corporaciones medicas especialmente en los estados unidos, tal reformulación implico

en ese entonces cambios en la enseñanza médica y ambiguas preconcepciones sobre la prevención.

Los cambios dentro de la estructura se hicieron evidentes con la incorporación de departamentos de medicina preventiva capaces de actuar como elementos de difusión de los contenidos de epidemiología, administración de salud y ciencias de la conducta. La noción de prevención es radicalmente redefinida, a través de una emprendida maniobra semántica (ampliación de sentido por la adjetivación de la prevención como primaria, secundaria y terciaria) que termina incorporando la totalidad de la práctica médica al nuevo campo discursivo de la salud, surgiendo así el modelo preventivista. Es de esa manera como en el campo de la salud, se incorpora una nueva doctrina, siendo la medicina preventiva un movimiento ideológico, logrando no consolidarse en Norteamérica puesto que hasta hoy se hace innegable que no dispone de un sistema nacional de salud.

Curiosamente es Latinoamérica donde a pesar de las inversiones económicas y poseer presupuestos insuficientes, implementa departamentos académicos de medicina preventiva, contrariamente ocurre en Europa Occidental donde las estructuras académicas de larga tradición impiden que la propuesta de medicina preventiva logre consolidarse generando un impacto en la enseñanza y en la atención de la salud. No obstante señalan los autores del escrito, los organismos internacionales relacionados al área de la salud incorporaron precipitadamente nuevo movimiento ideológico, traduciendo su cuerpo doctrinario a las necesidades de los diferentes contextos de aplicación potencial. Ahora bien, sería América Latina el centro donde fueron implantados los programas de salud comunitaria con el apoyo de organizaciones y de la OPS, para los años setenta a raíz de la conferencia de Alma Ata es elevada la consigna salud para todos en el año 2000, lo cual infiere en los estados y naciones del mundo dentro de sus acciones y políticas de gestión en salud, además reconoce a los hombres, mujeres, niños y ancianos como sujetos de derecho, a quienes el estado debe garantizar la salud.

Aunado al reconocimiento de la salud como derecho desde Alma Ata, como estrategia de importancia se crea la atención primaria en salud para la consecución de las metas del año 2000, donde

se hace necesario incorporar elementos del discurso de la salud comunitaria; es en esta misma década donde surge el informe Lalonde en el que son definidas las bases para la promoción de la salud, considerando cuatro polos que a través de su intervención vendrían a darle vida a los años. Sobre la base de estos principios y estrategias con respecto a la década de los noventa el Banco Mundial conjunto a la OMS, incorporan en el tema de promoción de la salud, el desarrollo económico y social sustentado como importante componente extrasectorial para el campo de la salud.

Por consiguiente, el hecho de que emerjan nuevas propuestas sectoriales de salud pareciera que obedece a las reformas políticas administrativas y económicas de algunos países, tal es el caso de América Latina donde estas reformas estas sustentada por organismos financieros internacionales siendo necesario discernir los contenidos sustantivos de cada proyecto a ser emprendido referentes a la atención primaria y a la reforma sectorial, sin embargo no es un secreto que el aporte de los organismos internacionales valorizan la eficacia y eficiencia en detrimento de la equidad mediante ajuste de políticas macro económicas negociadas por las mismas agencias financieras de los gobiernos sin la amplia participación de las escuelas e instituciones de salud pública.

En este mismo orden de ideas, repensar sobre la nueva salud pública implica de manera profunda y crítica examinar los determinantes de la crisis, para lo cual es imprescindible no abandonar las dificultades encontradas en países como América Latina y el Caribe, es decir no se puede vislumbrar una sola interpretación sanitarista sino que es obligatorio agregar nuevos temas en la agenda de salud pública, lo cual liaría una nueva reforma curricular y reformas administrativas que probablemente serian insuficientes en la consecución de políticas de justicia, equidad, solidaridad referentes al sector salud. Los autores manifiestan sin embargo, que más que diálogos y alianzas, las instituciones académicas y de servicios pueden producir nuevos conceptos, teorías y prácticas que, en un proceso de "interfertilización ideológica", serán capaces de influir en la propia doctrina de la Renovación de la Salud Para Todos.

El paradigma de la salud pública ha sido construido doctrinariamente sobre un modelo de abordaje, que si bien es cierto por los hechos evidentes de la crisis, traducen la categorización

de conceptos y elementos considerados en la ciencias. Si se toma como primera referencia histórica a Kuhn (5), tales categorías obedecen a la construcción del conocimiento científico no conforme a una manera abstracta, esta construcción se genera de forma organizada, en el seno de una cultura, donde no se puede obviar que se encuentra imbuido el lenguaje. Dadas estas manifestaciones, la visión post-kuhniana, de Rorty (1979, 1991) expresa una praxiología de la comprensión científica rechazando que la ciencia sea solo una construcción ideológica, pues en ella se encuentran inmersos elementos de dominación. Esta última afirmación pudiese comprenderse en el ámbito que la ciencia posee aspectos prácticos relacionados a lo social, ya que existe una cierta solidaridad en los actantes que ejercen diferentes tipos de poder dentro de la comunidad científica.

Expresado lo anterior, dentro de la postura crítica los autores consideran que el campo científico de la salud también pasa por una profunda crisis epistemológica, teórica y metodológica, una crisis paradigmática, las teorías de salud en el crucial momento histórico y contextualmente donde se encuentran no logran dentro de su concepción referirse al objeto, que en este caso sería salud. De allí, la reflexión que el mismo término sea sujeto de análisis axiomáticamente; en efecto la discusión central que convergen dentro de las bases epistemológicas de la salud pública es justamente la cuestión del objeto “salud”.

CONCLUSIONES

Sobre la base de estas aseveraciones, se tiene que la salud colectiva implica dentro del mundo científico un repensar de la ciencia, una revisión de los paradigmas y sus complejos elementos significantes. Las señales hasta ahora indican que esta pertenece a un campo interdisciplinario, y tal aseveración se puede evidenciar en lo promovido por Fleury (6), llegando este a definir la Salud Colectiva como “área de producción de conocimientos que tiene como objeto las prácticas y los saberes en salud, referidas al colectivo en tanto campo estructurado de relaciones sociales donde la enfermedad adquiere significación”. De hecho, el marco conceptual de la Salud Colectiva, tal como viene siendo construido a partir de la década de

los 70, resulta, por un lado, de la crítica a los diferentes movimientos y proyectos de reforma en salud ocurridos en los países capitalistas y, por el otro, de la elaboración teórico-epistemológica y de la producción científica, articuladas en las prácticas sociales.

Lo expuesto en el documento revisado sobre la crisis de la salud pública, expresa que la Salud Colectiva favorece el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos. Es impregnada por las necesidades sociales de salud, y debe valerse de las diferentes disciplinas, tecnologías materiales y no materiales, y como actividades intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente.

La salud colectiva llega con la amplia posibilidad de redefinir y reconducir el campo de la salud a bien de favorecer modelos o pautas de acción, secciona cuatro objetos de intervención: políticas (formas de distribución de poder), prácticas (cambios de comportamientos, cultura, instituciones, producción de conocimiento; prácticas institucionales, profesionales y relacionales); técnicas (organización y regulación de los recursos y procesos productivos; cuerpos/ambientes); e instrumentos (medios de producción de la intervención). Mas sin embargo, las desviaciones en su accionar emergen y sucumben en la distribución de poder en el sector salud y en una determinada formación social.

Se trata entonces de la posibilidad de crear nuevos paradigmas que consoliden y validen la salud colectiva para el resurgir de políticas equitativas de salud con amplia cobertura en los derechos y justicia de los ciudadanos, no se puede dejar de un lado el campo del saber sobre las prácticas de salud, de igual forma se hace inexcusable la revisión de las restricciones económicas de los estados las cuales comprometen la puesta en marcha de estas acciones y estrategias con eficacia y eficiencia. Los autores afirman que romper con los paradigmas vigentes no significa su rechazo puro y simple. Impone movimientos de crítica, elaboración y superación. Se trata de una construcción en el plano epistemológico al tiempo que se movilizan

voluntades en el ámbito de la praxis para alimentar el pensamiento y la acción.

En el marco de lo expuesto anteriormente, las políticas de salud juegan un papel preponderante por ser un conjunto de acciones relacionadas a la solución de un problema colectivo generalmente considerado de interés público, que contribuyen al bienestar general. Finalmente, es necesario considerar que la salud está determinada por las condiciones de vida y trabajo de la sociedad. Para Alcántara (7) la concepción de la salud responde a un hecho histórico, puesto que en cada momento una sociedad determinada puede tener una visión de la misma. El autor expresa una noción de entender la salud como un hecho social. Tal percepción de la salud, es tan cierta que a lo largo del tiempo se ha evidenciado en el devenir histórico que esta, además de estar relacionada con la calidad de vida, el bienestar y el trabajo en la sociedad, no puede desprenderse de un hecho consustancial a la vida humana, el cual viene constituido por los Derechos Humanos, Sociales, aspectos políticos, culturales y socioeconómicos, para lo cual se debe estar presto a la germinación de nuevos paradigmas, deconstruir lo viejo desde el análisis, considerando las inflexiones y transitando desde los diferentes campos epistemológicos a bien de acoger lo novedoso.

REFERENCIAS

1. Filho NA y Silva PJ. La Crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. S.f.
2. Frenk J. La Nueva Salud Pública. In: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C. (OPS - Publicación Científica, 540). 1992: 75-93.
3. Terris M. Tendencias actuales en la Salud Pública de las Américas. In: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C.(OPS - Publicación Científica, 540). 1992: 185-204
4. Testa M. Salud Pública: acerca de su sentido y significado. In: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C. (OPS - Publicación Científica, 540). 1992: 205-29.

5. Kuhn T. The Structure of Scientific Revolutions. Chicago, Univ. of Chicago Press. 1970.
6. Fleury, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: Berlinguer, G.; Fleury, S.; Campos, G.W.de S. Reforma Sanitária - Itália e Brasil. HUCITEC-CEBES, São Paulo. 1998: 195-207.
7. Alcántara MG. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Sapiens, Vol. 9, Núm. 1, junio-sin mes, 2008: 93-107

**CONDICIÓN FÍSICA DE LOS ESTUDIANTES
CURSANTES DE LA ASIGNATURA EDUCACIÓN
FÍSICA EN EL SEGUNDO AÑO DE LA ESCUELA DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO
PERÍODO LECTIVO 2016**

Ángel A. Vásquez Araujo

RESUMEN

La siguiente investigación tuvo como objetivo principal determinar la condición física de los estudiantes que cursaron la asignatura Educación Física en la escuela de medicina de la Universidad de Carabobo durante el período lectivo 2016, explicando la necesidad de realizar este estudio, en un nivel descriptivo transversal, no experimental. Las conclusiones permitieron determinar la condición física de los estudiantes según el sexo y la edad, evidenciándose que los estudiantes del sexo masculino en comparación con el sexo femenino, poseen un mejor estado físico en lo referente al Máximo Consumo de Oxígeno, no así para la Flexibilidad y la agilidad motora, donde el sexo femenino posee una mejor condición física. Considerando la edad, los estudiantes que tienen edades comprendidas entre los 20 y 24 años, tienen mejor condición en todas las valencias físicas estudiadas, en comparación con los estudiantes de menor edad 17 a 19 años.

Palabras clave: Condición física, Máximo Consumo de Oxígeno, agilidad motora, flexibilidad.

INTRODUCCIÓN

La salubridad a través de la Actividad Física, encierra dos aspectos importantes, uno está referido a la comprensión de los elementos didácticos como medios reguladores de este particular proceso educativo, y el otro indica su aplicación en los procesos motores del cuerpo humano, ambos permiten medir factores relacionados con la condición física y la salud de las personas. En la Universidad de Carabobo específicamente en la Escuela de Medicina desde hace 20 años aproximadamente, se ha incorporado el programa de la asignatura Educación Física para la formación integral de los médicos que egresa, ella tiene como objetivo principal orientar a los participantes por un camino práctico y con los apropiados respaldos teóricos en las aplicaciones de la Actividad Física, como un recurso indispensable para la promoción y el mantenimiento de la salud.

En el contexto pedagógico de la mencionada asignatura, durante el transcurso del período lectivo que comprende el año 2016 y su prolongación hasta marzo del año 2017, surgió una iniciativa importante dirigida a conocer la condición física de los estudiantes. En este sentido, la utilización de la educación física como medio educativo formalizado, configura unos de los propósitos importantes del ser humano que va dirigido a la prevención en salud, por consiguiente ella es una parte de la educación general que tiene como objetivo la mejora y el desarrollo de las capacidades corporales a través de la utilización del movimiento como elemento educativo que permita mejorar la salud (1).

Sobre esta consideración, hay que mencionar que la participación en actividades físicas, han sido estudiadas con relación a diversas variables, las cuales son determinantes en la condición de un individuo, ya que es muy significativa la disminución de la tasa de actividad física con la edad de las personas, es por ello que las causas apuntan a cambios en los estilos de vida, limitaciones impuestas por ciertos procesos patológicos y la reducción de la capacidad orgánico-fisiológica para el ejercicio (2). En este orden de ideas, con este trabajo se determinó si existía una disminución de la tasa de actividad física de estas personas o por el contrario hubo un aumento significativo, en consecuencia cabe resaltar algunos planteamientos que indican que son escasas las referencias respecto

de la continuidad del ejercicio físico a lo largo de la vida (3).

Por otra parte, existen antecedentes de investigaciones realizadas en la Universidad de Carabobo dirigidos a evaluar el efecto de un régimen de reducción de peso con indicaciones nutricionales para el mantenimiento de esa pérdida, basados en el enfoque de una dieta con alto contenido de carbohidratos, particularmente carbohidratos complejos y fibra, y con ayuda de la ejecución de actividad física, allí se estudiaron 80 mujeres saludables entre 20 y 45 años, con un índice de masa corporal entre 25 y 35 kg/m² seleccionadas entre estudiantes, profesoras, empleadas y trabajadoras de esta institución. (4)

En este sentido, se realizó un trabajo cuyo objetivo principal fue establecer los rangos de capacidad física de los adolescentes valencianos, partiendo de un estudio piloto realizado en la casa hogar "Casa de Todos", la cual alberga adolescentes de ambos sexos con características físicas saludables, la metodología se basó en la aplicación de los test para medir las capacidades físicas antes descritas. El grupo estuvo constituido por 43 adolescentes estudiantes del año escolar 2004 - 2005 con edades comprendidas entre 13 y 19 años y con una distribución de género de 12 hembras y 31 varones. (5).

Estas investigaciones son fundamentales para este trabajo en la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo durante el año 2016, ya que su correspondencia viene dada en que consideran el análisis de los indicadores de la condición física de los individuos con relación a la resistencia cardiovascular a través del máximo consumo de oxígeno, la agilidad motora y la flexibilidad general, tres componentes que son necesarios para la vitalidad del ser humano, indicadores en términos generales con relación a tres elementos primordiales, la fisiología cardio-respiratoria, el fenómeno de la contracción muscular que genera fuerza potencia (Agilidad Motora) y la elongación muscular para determinar el rango de Flexibilidad, variables que a la vez inciden directamente en el estado de salud de un individuo (6).

Por lo antes expuesto, es necesario conocer las definiciones de cada una de estos indicadores. En primer lugar, está la resistencia cardio-respiratoria relacionada íntimamente con la resistencia cardiovascular, ella, según muchos médicos especialistas estudiosos de la fisiología del ejercicio, es el indicador más importante de la

capacidad física de una persona, ya que es "la capacidad física que posee un individuo para resistir la fatiga, entendiéndose ésta como la disminución transitoria de la capacidad del rendimiento del aparato cardio-respiratorio"(7). También es importante señalar que "la capacidad cardio-respiratoria se mide a través de lo que se denomina el Máximo Consumo de Oxígeno" (8).

En segundo lugar, otras definiciones importantes están relacionadas con la agilidad motora y la velocidad, definidas como "la capacidad que permite mover rápidamente, libres de sobrecarga, uno o más elementos del cuerpo" (9). Ahora bien, para efectos de medir la velocidad de los estudiantes, se debe señalar un concepto relacionado con la coordinación de los movimientos del cuerpo humano, en este sentido la coordinación se define como la acción que desencadena los movimientos corporales mediante un estímulo que permite desplazarse en un determinado espacio(10).

En tercer lugar, tradicionalmente la flexibilidad se define que como una cualidad con base a la estructura articular, extensibilidad, elasticidad de las fibras musculares, tendones y ligamentos que permite el máximo recorrido en las articulaciones en posiciones diversas, permitiendo al sujeto realizar acciones que requieren de gran movilidad(11). Otra definición está referida a que la flexibilidad pudiera estar condicionada por factores neurofisiológicos que favorecen o limitan la movilidad de una articulación, no son solo de naturaleza anatómica, sino también pudieran ser de naturaleza neurofisiológica provocados por accidentes o problemas y patologías de otra índole(12).

Ahora bien, en el marco de estas referencias, para efecto de esta investigación no se intentó profundizar en aspectos neurofisiológicos, pero sí es importante especificar algunos detalles que permitieron precisar aún más el término de flexibilidad, ya que técnicamente la flexibilidad es a nivel de una articulación, músculos, ligamentos y tendones que rodean la misma los que determinan su grado de flexibilidad (8). En el caso específico de esta investigación se tomó en consideración la flexibilidad general, la cual se define como "aquella que se centra e involucra los grandes sistemas articulares" (13).

Por otra parte, esta investigación surge también desde la perspectiva de una problemática que es muy evidente en el mundo

globalizado, ya que desde el año 1996, se han realizado estudios que muestran cifras alarmante en las sociedades de los países desarrollados y los países latinoamericanos que todavía persisten en la actualidad, especificando que la falta de actividad física en las personas es una de las causas principales de muerte (14).

Todo lo antes expuesto, le dan a este estudio unos argumentos sólidos que permitieron hacer la siguiente interrogante: ¿Cuál es la importancia de conocer la condición física de los estudiantes que cursan la asignatura Deporte en la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo durante el año 2016? La expresión de esta interrogante esboza una situación, y en consecuencia sus objetivos se enfocaron en determinar la condición física de los estudiantes que cursaron la asignatura Educación Física en la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo durante el período lectivo 2016, en cuanto a la resistencia cardiorrespiratoria, agilidad motora y los rangos de flexibilidad, cuyos resultados se clasificaron en niveles y categorías, comparándolos según el sexo y la edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación consiste en un trabajo no experimental de campo donde se obtuvieron datos, con la aplicación de pruebas o test estandarizados al inicio de las clases de estos estudiantes, año 2016, luego se discriminaron por separados los resultados obtenidos para los hombres y las mujeres, posteriormente se procesaron estadísticamente, se analizaron y se ubicaron en categorías.

La población estuvo constituida por todos los estudiantes del segundo año cursantes de la asignatura Deporte, en el período Lectivo-2016, es decir, a todos ellos se les aplicó las pruebas para conocer su condición física. La selección se ajustó a la distribución de los horarios de los alumnos, ya que se tomó como referencia que estos estudiantes recibían sus clases al mismo tiempo, y en el mismo lugar, facilitando así, la recolección de datos. La muestra definitiva se tomó de manera intencional, no es aleatoria, debido a que se han establecido previamente las unidades de análisis, las mismas están conformadas por cuatrocientos cuatro (404) participantes, los cuales estaban distribuidos en ocho secciones de 50 alumnos aproximadamente, sobre este aspecto, es importante indicar que “el

muestreo intencional es una selección de los elementos basados en los criterios o juicios del investigador”(15).

Las técnicas de recolección de datos consistieron en la aplicación de tres pruebas estandarizadas que permitieron medir cada una de las variables específicas que son indicadores de la condición física. Para obtener los datos en el máximo consumo de oxígeno se aplicó el test de la milla, que consiste en recorrer caminando a ritmo rápido individual una distancia de 1609 metros, se toma la frecuencia cardiaca al finalizar la caminata, así como el tiempo que emplea en realizar el recorrido (tiempo en minutos), además de considerar previamente el peso corporal, la edad y el sexo de la persona, el coeficiente de confiabilidad para esta prueba es de 0.93, y los resultados fueron validados en litros de oxígeno por kilogramos de peso en un minuto(16). La fórmula para determinar el máximo consumo de oxígeno con el test de Rockport es la siguiente:

$$VO2_{\text{máximo}} = 132,6 - (0,17 \times PC) - (0,39 \times E) + (6,31 \times S) - (3,27 \times T) - (0,156 \times FC)$$

Para medir la flexibilidad se aplicó un test de Sit and Reach donde se realiza un movimiento que implica una flexión profunda del tronco, desde la posición sentada, utilizando como unidad de medida la distancia en centímetros, la persona a ser evaluada se coloca en la posición sentada, con las rodillas extendidas totalmente y los pies apoyados en el soporte de un banco destinado para el test (Flexómetro). En la superficie de este banco se coloca una cinta métrica, utilizando como punto cero el vértice del soporte del banco, el cual coincide con la planta de los pies del participante. La persona realiza su movimiento de flexión profunda del tronco y con sus hombros, codos y manos extendidas debe alcanzar la mayor distancia sobre la superficie del banco donde está colocada la cinta métrica. Los datos pueden ser positivos o negativos, dependiendo del rango de flexibilidad que posea cada persona (17).

El coeficiente de validez de este test tiene altas estimaciones, ya que él mide exactamente lo que se denomina la flexibilidad general, en este caso para la flexión profunda del tronco es altamente fiable de r: 0.97, estos resultados sirvieron de base para

incluir esta prueba en las baterías de test europeo (Eurofit) en el año de 2012 (18).

Para el caso de la medición en la agilidad motora y la velocidad se aplicó el test de los 40 metros, ya que fue diseñado para medir la velocidad y la agilidad como una variable neuromotora caracterizada por la capacidad de realizar rápidos cambios de dirección, sentido de modificación de la altura del centro de gravedad de todo el cuerpo o parte de él. El coeficiente de confiabilidad de este test está en un rango numérico de 0.98. (19).

Las técnicas de análisis consistieron en sistematizar la información en una base de datos, según las variables involucradas en el estudio. Para tales fines se utilizó el procesador estadístico Statgraphics Plus 5.12.4., y las tablas clasificaciones estándar para cada una de las valencias físicas involucradas en el estudio.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por un total de 404 jóvenes con un predominio del grupo de edad de 17 a 19 años con un 85,40% (345 casos) y en cuanto al sexo predominó el femenino con un 70,05% (283 casos)

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad

Edad (años)	f	%
17 – 19	345	85,4
20 – 23	55	13,61
≥ 24	4	0,99
Total	404	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Vásquez, 2016)

Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo

Sexo	f	%
Femenino	283	70,05
Masculino	121	29,95
Total	404	100%

Fuente: Datos propios de la investigación (Vásquez, 2016)

Máximo Consumo de Oxígeno

El sexo femenino registró un promedio de máximo consumo de oxígeno de 37,69 Lts de O2/kgrs - 1min +/- 0,80, con un registro mínimo de 19,86 y un máximo de 55,72, mientras que el sexo masculino registró un promedio de 45,68 Lts de O2/kgrs - 1min +/- 1,28, con un registro mínimo de 29,29 y un máximo de 62,5. Al momento de comparar estos promedios se pudo evidenciar que existe una diferencia de (t=-10,44; P= 0,0000 < 0,05), donde el promedio de las mujeres fue significativamente menor que el de los hombres.

Tabla 3. Análisis del máximo consumo de oxígeno según el sexo y la edad

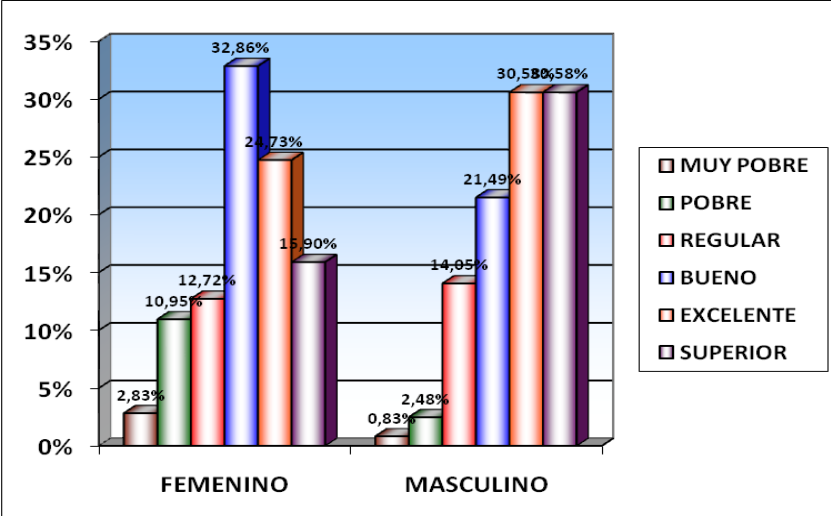
SEXO	MÁXIMO CONSUMO DE O ₂											
	MUY POBRE		POBRE		REGULAR		BUENO		EXCELENTE		SUPERIOR	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO (n=283)	8	2,83	31	10,95	36	12,72	93	32,86	70	24,73	45	15,90
MASCULINO (n=121)	1	0,83	3	2,48	17	14,05	26	21,49	37	30,58	37	30,58
EDAD (años)	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
17 – 19 (n=345)	7	2,03	27	7,83	48	13,91	100	28,99	96	27,83	67	19,42
20 – 23 (n=55)	2	3,64	7	12,73	4	7,27	17	30,91	10	18,18	15	27,27
≥ 24 (n=4)	0	0	0	0	1	25	2	50	1	25	0	0
TOTAL	9	2,23	34	8,42	53	13,12	119	29,46	107	26,49	82	20,30

Fuente: Datos propios de la investigación (Vásquez, 2016)

Del total de la muestra estudiada el máximo consumo de O2 predominante fue el bueno con un 29,46% (119 casos), donde predominó el sexo femenino (93 casos). El segundo nivel de máximo consumo de O2 predominante fue el excelente con un 26,49% (107 casos) con predominio en proporción del sexo masculino (30,58%= 37 casos), mientras que en el nivel regular se puede decir que hubo la misma proporción en cuanto al género. Al momento de asociar el nivel de máximo consumo de O2 según el sexo se encontró una asociación estadísticamente significativa (X2=22,68; 5 gl; P= 0,0004 < 0,05) según la edad, en el máximo consumo de O2, también predominaron los grupos de edad de 17

a 19 años, el 20 a 23 años y los de 24 años y más. Asociando el nivel de máximo consumo de O₂ según la edad no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=8,93$; 10 gl; $P=0,5385 > 0,05$)

Gráfico 1. Relación por sexo del Máximo consumo de Oxígeno



Fuente: Datos propios de la investigación (Vásquez, 2016)

Flexibilidad

El sexo femenino registró un promedio en flexibilidad de 8,35cm +/- 0,81, con un registro mínimo de -15 y un máximo de 25, mientras que el sexo masculino registró un promedio de 7,16cm +/- 1,01048, con un registro mínimo de -9 y un máximo de 20. Al momento de comparar estos promedios se pudo evidenciar qué existe una diferencia de ($t=1,68$; $P=0,0471$), donde el promedio de las mujeres fue significativamente mayor que el de los hombres.

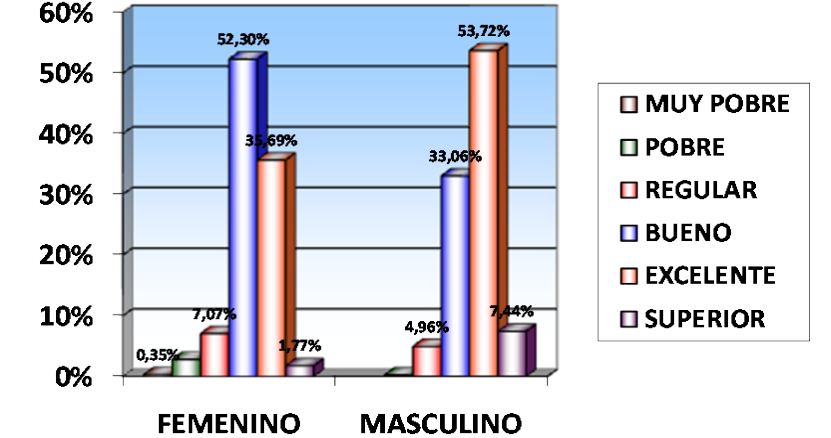
En general el nivel de flexibilidad predominante fue el promedio con un 46,53% (188 casos), donde predominó el sexo femenino (36,63%= 148 casos). El segundo nivel de flexibilidad predominante fue el bueno con un 41,09% (166 casos) con predominio del sexo masculino (53,72%= 65 casos). En el nivel deficiente predominó el género femenino (20 casos), mientras que en el nivel excelente predominó el género masculino (9 casos). Al momento de asociar

Tabla 4. Análisis de la flexibilidad según el sexo y la edad

SEXO	FLEXIBILIDAD											
	MUY POBRE		POBRE		DEFICIENTE		PROMEDIO		BUENO		EXCELENTE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO (n=283)	1	0,35	8	2,83	20	7,07	148	52,3	101	35,69	5	1,77
MASCULINO (n=121)	0	0	1	0,25	6	4,96	40	33,06	65	53,72	9	7,44
EDAD (años)	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
17 – 19 (n=345)	1	0,29	7	2,03	23	6,67	156	45,22	146	42,32	12	3,48
20 – 23 (n=55)	0	0	2	3,64	3	5,45	32	58,18	16	29,09	2	3,64
≥ 24 (n=4)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0
TOTAL	1	0,25	9	2,23	26	6,44	188	46,53	166	41,09	14	3,47

Fuente: Datos propios de la investigación (Vásquez, 2016)

Gráfica 2. Relación flexibilidad según el sexo



Fuente: Datos propios de la investigación (Vásquez, 2016)

el nivel de flexibilidad según el sexo se encontró una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=23,85$; 5 gl; $P=0,0002 < 0,05$). En cuanto a la edad el nivel de flexibilidad promedio también predominó en los grupos de edad de 17 a 19 años y el 20 a 23 años. Las personas de 24 años o más predominaron en el nivel de flexibilidad bueno (4 casos). Relacionando el nivel de flexibilidad según la edad no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=10,35$; 10 gl; $P=0,4105 > 0,05$).

Agilidad Motora

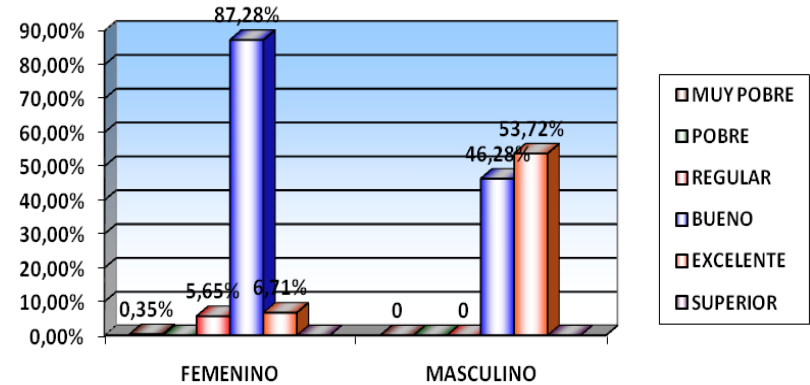
El sexo femenino registró un promedio de agilidad motora de 12,43 seg +/- 0,14, con un registro mínimo de 9,48 y un máximo de 18,39, mientras que el sexo masculino registró un promedio de 10,94 seg +/- 0,16, con un registro mínimo de 9,32 y un máximo de 13,51. Al momento de comparar estos promedios se pudo evidenciar que existe una diferencia estadísticamente significativa ($t=12,13$; $P= 0,0000$), donde el promedio de las mujeres fue significativamente mayor que el de los hombres.

Tabla 4. Análisis de la flexibilidad según el sexo y la edad

SEXO	AGILIDAD MOTORA											
	MUY POBRE		POBRE		REGULAR		BUENO		EXCELENTE		SUPERIOR	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO (n=283)	1	0,35	0	0	16	5,65	247	87,28	19	6,71	0	0
MASCULINO (n=121)	0	0	0	0	0	0	56	46,28	65	53,72	0	0
EDAD (años)	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
17 – 19 (n=345)	1	0,29	0	0	14	4,06	257	74,49	73	21,16	0	0
20 – 23 (n=55)	0	0	0	0	2	3,64	42	76,36	11	20	0	0
≥ 24 (n=4)	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0
TOTAL	1	0,25	0	0	16	3,96	303	75	84	20,79	0	0

Fuente: Datos propios de la investigación (Vásquez, 2016)

Gráfica 3. Relación agilidad motora según sexo



Fuente: Datos propios de la investigación (Vásquez, 2016)

En lo que respecta a la agilidad motora, el nivel predominante fue el bueno con un 75% (303 casos), donde predominó el sexo femenino (87,28%= 247 casos). El segundo nivel de agilidad motora predominante fue el excelente con un 20,79% (84 casos) con predominio del sexo masculino (53,72%= 65 casos). En el nivel regular predominó el género femenino (16 casos). Al momento de relacionar el nivel de agilidad motora según el sexo se encontró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=116,34$; 3 gl; $P= 0,0000 < 0,05$). Dentro del nivel de agilidad motora calificado como bueno, también predominaron los grupos de edad de 17 a 19 años, el 20 a 23 años y los de 24 años y más. Relacionando el nivel de agilidad motora según la edad no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=1,58$; 6 gl; $P= 0,9539 > 0,05$).

CONCLUSIONES

En primer lugar se comparó el Máximo Consumo de oxígeno según el sexo y la edad de los estudiantes, en este sentido se puede afirmar que los estudiantes del sexo masculino poseen mejor condición física que las del sexo femenino. Por otro lado, el análisis comparativo con relación específica a la edad, los resultados de la prueba permiten señalar que la gran mayoría de los estudiantes que poseen una edad comprendida entre 20 y 24 años, tiene una mejor condición física cuando se comparan con los estudiantes que están en el rango de las edades comprendidas entre 17 y 19 años.

En segunda instancia, se comparó la flexibilidad según el sexo y la edad de los estudiantes, donde se determinó que el sexo femenino posee una mejor condición física para la ejecución de la flexión profunda del tronco, en comparación con los estudiantes del sexo masculino. La comparación de esta valencia física con relación a la edad, determinó efectivamente que el rango promedio prevaleció en el grupo de edad de los jóvenes de 17 a 19 años, curiosamente de igual forma para el grupo de 20 a 24 años o más, todos poseen este mismo nivel de flexibilidad, el cual es un buen indicador para la gran mayoría de estos estudiantes, y por consiguiente ellos tienen una buena condición física.

En tercer lugar, se comparó la Agilidad Motora según el sexo y la edad de los referidos estudiantes, en consecuencia el

resultado determinante permite afirmar que las estudiantes del sexo femenino en esta valencia física, poseen mejor condición física en comparación con el sexo masculino, ya que ellas son más rápidas y coordinan mejor sus movimientos. En cuanto al análisis comparativo de las edades, los estudiantes que están comprendidos en el rango de edad de 20 a 24 años, efectivamente tienen un mejor nivel de agilidad motora que los estudiantes que están en el rango de las edades comprendidas entre los 17 y 19.

REFERENCIAS

1. Arnold P. Educación Física, Movimiento y Currículo. (3ª ed.). Madrid. Editorial Morata. 2006. p. 35.
2. Dolloso H. Niveles de los gastos de la Actividad de Física entre las personas adultas y de la tercera edad que viven en casa. Madrid. Editorial Síntesis. 1998. p. 53.
3. Fraid I. Joutful predictors of physical activity levels during middle age. Epidemiol Community Health. 2011. 127, 87-94.
4. Solano Portillo y Marcano. Pérdida y mantenimiento de peso mediante un régimen alto de contenido en carbohidratos. Ceinut-UC. 2000 Junio, 1: 62-64.
5. Aude D. Rangos de capacidad física de los adolescentes valencianos. Estudio piloto casa hogar "Casa de Todos". CDCH. Universidad de Carabobo. Valencia. 2005 p. 62.
6. Vásquez A. Salud y Deporte Manual de Educación Física y Deporte para Estudiantes de Ciencias de la Salud. Valencia. Venezuela. Fondo Editorial Predios. 2007. p. 10.
7. Wieneck J. Biología del Deporte. Paris. Vigot. 1992. p. 17.
8. Hoeger B. Educación Física de Base. CDCH. Universidad de los Andes. Mérida. 2005. p. 86.
9. Martín-Acero R. Hacia una nueva visión del entrenamiento de la velocidad en los deportes de equipo. Novedades en el entrenamiento deportivo. La Laguta (Tenerife). Ediciones Escuela Canaria del Deporte. 1995. p. 142.
10. Navarro F. Modelos de la planificación del entrenamiento en deportes de alta resistencia. Alto Rendimiento Deportivo. Madrid. Comité Olímpico de España. 1994. p. 19
11. López P. Manual de Educación Física y Deportes. Técnicas y Actividades Prácticas. Barcelona. Editorial Océano. 2000. p. 64.
12. Álvarez del Villar. La preparación física del fútbol basada en el atletismo. Madrid. Editorial Gymnos. 1981. p. 260.
13. Neiger H. Estiramientos analíticos y pasivos. Técnicas pasivas. Caracas. Editorial panamericana. 2004. p. 166
14. Ortega R. Medicina del ejercicio físico y el deporte para la atención a la salud. Madrid. Editorial Díaz de Santos. 1996. p. 4
15. Arias F. El Proyecto de Investigación. Cuarta Edición. Caracas. Editorial Episteme. 2013. p.51.
16. LeCuyer J. Designing the Fitness Program. A Guide for Safety Organizations. Edition by Published Fire Engineering Books. New Jersey. A division of Pemmwell Corporation. 2001. p.181.
17. Gisbert A. Posibilidades y problemas en la búsqueda de talentos deportivos. Madrid Editorial Deportiva Gymnos. 2007. P. 91.
18. Ministerio de Educación y Ciencia de España, Instituto de la Educación Física y el Deporte. Informe que se presenta a la Comisión para el Estudio y Desarrollo del Deporte del Consejo Europeo. Madrid: Autor. 2012. P 401.
19. Mazzeo E. Velocidad de Movimiento. Métodos de Entrenamiento. 2012. 2: 4-6.
20. Procesador estadístico Statgraphics Plus 5.1.

**VIVENCIAS DEL PROCESO DE ABLACTACIÓN DE
LAS MADRES Y PROFESIONALES DE LA SALUD
EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**

Campos Rafael, Carruyo Maitwish, Castro Michelle,
Collado María, Mariana Materán, Liliana Lessire

RESUMEN

La lactancia materna exclusiva es el alimento ideal durante los primeros 6 meses de vida del bebé, para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes; la cual constituye una base biológica única para el beneficio de la salud tanto de la madre tanto como para el niño. Propósito General: construir el sentido que tiene el proceso de ablactación en las madres y profesionales de la salud en el Servicio de Pediatría de la “Ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera”. Metodología: Dentro del paradigma interpretativo comprensivo, el método fue el fenomenológico hermenéutico. Los sujetos de estudio fueron seis (6) madres de cualquier edad que acudieron a los servicios de pediatría y emergencia pediátrica de la locación de estudio, cuatro (4) Médicos Pediatras y dos (2) enfermeras del mismo centro. Los modos de recolección de información fueron la entrevista a profundidad y la revisión documental, mientras que el recurso fue la grabadora. Estructuración de las categorías emergentes: emerge una estructura conformada de 6 categorías universales entre las que destacan: lactancia materna exclusiva al inicio de vida del niño, proceso de ablactación precoz, causas argumentadas por la madre para ablactación precoz, transgresión dietética en el niño, abuela como principal fuente motivadora de la transgresión alimenticia, patologías consecuentes de la transgresión alimenticia. Interpretación del fenómeno: Se observa que hay una tendencia notable a la ablactación precoz, que inicia a mediados de los cuarenta y cinco (45) días de vida y antes de los cuatro (4) meses. Comprensión del fenómeno: Las madres estudiadas alimentan a su bebé con lactancia materna, las mismas realizaron una ablactación precoz por múltiples causas.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, ablactación precoz, transgresión dietética, alimentación, vivencias maternas.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO

Desde el inicio de la humanidad, la leche materna ha sido fundamental para el desarrollo del ser humano, cuestión que hasta la actualidad es un hecho invariable pero que ha sufrido cambios tanto culturales y sociales, como económicos. En el siglo XX surge uno de los mayores cambios cuando se introduce la leche modificada de una especie distinta para la alimentación del ser humano, produciendo una rápida disminución de la lactancia materna a lo largo de ese mismo siglo. (1)

El surgimiento de una nueva fuente alimenticia para los lactantes produjo un aumento directamente proporcional de enfermedades y desnutrición, por lo que en 1979 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unicef organizaron una reunión internacional tratando el tema de la alimentación del lactante y el niño pequeño, donde surge una resolución denominada el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”, en el cual se establece que la lactancia natural es un medio inigualable para proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes, que dicho medio constituye una base biológica y emocional única tanto para la salud de la madre como para la del niño, que las propiedades anti-infecciosas de la leche materna contribuyen a proteger a los lactantes contra las enfermedades y que hay una relación importante entre la lactancia natural y el espaciamiento de los embarazos. (2)

A pesar de todo el esfuerzo realizado por estas organizaciones, la OMS en el 2015 estableció que aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna y que todos los años se podría salvar la vida de unos 800 000 menores de 5 años si la lactancia materna de todos los menores de 23 meses fuera óptima. (3)

En América Latina y el Caribe, la magnitud y severidad del problema está estrechamente relacionada con la inequidad y la exclusión social de grupos específicos destacándose los pueblos indígenas, grupos afrodescendientes y campesinos. Esta situación se ha visto aún más agravada por la crisis de alimentos lo que ha llevado a los países a impulsar una amplia gama de programas para aliviar la situación de pobreza extrema e inseguridad alimentaria, que

incluyen la atención materno-infantil con enfoque en la promoción de la lactancia materna y complementación alimentaria a mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como a niños y niñas lactantes y preescolares. (4)

Particularmente, en la población venezolana se ha observado una gran deficiencia en cuanto a la alimentación y la educación correspondiente a este tema y sus repercusiones se ven reflejadas en la nutrición de niño venezolano. A pesar de que los beneficios de la lactancia materna estén reconocidos a nivel global, la tasa de mujeres en Venezuela que amamantan a sus bebés de forma exclusiva es del 27,8% (5). No solo eso, sino que la transición a la alimentación complementaria también es realizada de manera errónea. Inician el destete antes de los 3 meses y utilizan diluciones inadecuadas de fórmulas infantiles por razones injustificadas. Todo esto lamentablemente predispone a los niños a sufrir de malnutrición. (6)

La información obtenida por el personal de salud del servicio de emergencia pediátrica del Centro Hospitalario Enrique Tejera, refieren que además de la utilización de fórmulas para la alimentación de los bebés, se han estado usando otros alimentos menos ortodoxos y evidentemente más perjudiciales para su salud. Muchas madres que acuden al servicio de pediatría comentan que han estado alimentando a sus hijos de seis meses o más pequeños con concha de plátano hervida, agua con Cereales, leche de vaca, o cualquier combinación de alimentos que no aportan la cantidad suficiente de nutrientes, e incluso, pueden ser perjudiciales para el estado de salud del bebé; tomando como ejemplo la leche de vaca que puede producir hemorragias del tubo digestivo, anemia, reacciones sistémicas derivadas de la intolerancia, entre otras consecuencias.

En contraste a lo anterior, en los últimos meses debido al declive acelerado de la condición socioeconómica que vive el país, se evidencia poca disponibilidad de productos lácteos (fórmulas, leche) a causa del desabastecimiento, o el alto costo de estos, si se consiguen en el mercado, lo que ha desencadenado un alza en los índices de desnutrición infantil, según informan varios representantes del sector salud que laboran en el hospital.

Se han realizado investigaciones sobre el fenómeno de estudio, donde se puede mencionar, uno donde concluyó que el promedio de edad de las madres era 17.9 años, de los cuales, el 39.4% lactó

6 meses y el 9.8% lactó más de 6 meses; el 89.2% ya habían tenido hijos. Las razones por las cuales las madres no alimenta a su hijo con solo leche materna son: el 9.5% producen poca leche, el 12% el niño se queda con hambre, y el 20.7% otras causas. Durante la lactancia el 82.3% acaricia a su bebé. Las personas que recomiendan la lactancia materna son el 84.3% médico y enfermera, el 63.3% un familiar. (7)

Otra investigación relevante fue el estudio la lactancia materna vs nuevas fórmulas lácteas artificiales, donde concluyó que los que recibieron fórmula artificial exclusiva (GFA) presentaron mayor peso que los que recibieron lactancia materna exclusiva (GLME). En cambio la superficie tímica, el desarrollo psicomotor, y el PC fueron mejores en los que recibieron lactancia materna exclusiva. La leche materna beneficia al niño/a y a la madre, El acto de mamar y la relación madre-niño al parecer perenniza la especie humana saludable. (8)

Asimismo, otro estudio investigó las causas de deserción de lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de seis meses de edad. Los resultados obtenidos que predominaron en el centro de salud pública fueron: madres con edad de 15 a 26 años en un 84%, madres con dos a tres hijos en 59%, el 61% habían alcanzado hasta el bachillerato completo, 83% pertenecían al estrato socioeconómico graffar III y IV, 79% no trabajaban y las principales causas de deserción fueron la decisión materna 58% y la sugerencia familiar 28%. En el centro de salud privado predominó: madres con edad de 21 a 32 años en un 69%, madres con un solo hijo 52%, el 51% habían alcanzado el bachillerato completo, 83% pertenecían al estrato socioeconómico graffar I y II, 68% no trabajaban y las causas de deserción fueron: la decisión materna 61% y la estética 23%. La decisión de la madre de abandonar la lactancia materna exclusiva aparece con muy alto porcentaje como causa de privar al niño de los beneficios que le ofrece la leche materna. (9)

Un estudio relevante fue sobre los efectos de un programa educativo en los conocimientos, creencias y práctica sobre lactancia materna. Las edades de las madres a quienes se les aplicó el programa educativo estuvieron entre 20 y 29 años. Antes del programa fue 44.9% y después del programa 85.4%, con una diferencia estadísticamente significativa (p menor 0.0005) concluimos que la aplicación del programa educativo tuvo un efecto significativo y considerable en las madres participantes: se incrementó el conocimiento de lo que

sabían de los aspectos contentivos de la variable conocimientos, creencias y práctica sobre la lactancia materna. (10)

Finalmente, otro estudio que trata sobre el perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. Los resultados obtenidos según la edad, el aspecto psicológico, las costumbres de la madre guardan relación estadísticamente significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Se concluye que los factores biopsicosociales como son la edad, la paridad, el aspecto psicológico, la cultura se puede convertir en obstáculo para que la madre practique una lactancia materna exclusiva y el aspecto social como es el status social no tiene relevancia para el abandono de lactancia materna exclusiva al igual que la procedencia de la madre. (11)

Todas las investigaciones encontradas relacionadas al tema en estudio nos permiten corroborar que la lactancia materna exclusiva es el alimento ideal durante los primeros 6 meses de vida, por lo cual una ablactación antes de este periodo altera el equilibrio nutricional que contiene la leche materna para el lactante. Diferentes razones como malas creencias, situación económica, influencia social y familiar y el poco conocimiento con respecto a la lactancia materna exclusiva son muchas de las causas por la cual las madres comienzan a introducir alimentos distintos de la leche materna antes del periodo recomendado a sus hijos.

Es importante destacar los beneficios que tiene la lactancia materna sobre la salud, tanto para el bebé como para la madre. Entre estos beneficios se destaca el desarrollo del lado afectivo en la relación madre-niño, además de influenciar fisiológicamente el organismo de ambos benefactores, especialmente para el niño. La leche materna por tener una composición ideal que es capaz de cubrir las necesidades o demandas nutricionales del recién nacido, es fácil de digerir y aportar anticuerpos que previenen el padecimiento de múltiples enfermedades.

A pesar de todas las recomendaciones ya expuestas, la práctica de la lactancia ha disminuido en los últimos años, por lo que esta investigación es de suma importancia, ya que busca enseñar, concientizar y/o continuar informando a todas las poblaciones y sobre todo a las madres, acerca de la importancia de todos los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis

meses de vida, ya que los requerimientos nutricionales del infante están garantizados en este periodo con la leche materna, con la cual se asegura el desarrollo físico e intelectual del bebé, como también la maduración de los diferentes sistemas orgánicos, en especial el sistema inmunológico, disminuyendo las infecciones y disminuyendo el riesgo de morbi-mortalidad tanto de la madre como el niño. De esta manera, queremos que nuestra investigación se enfoque en investigar las causas de una ablactación precoz, error que comenten muchas madres al empezar a introducir alimentos diferentes a la leche materna antes del período establecido, predisponiendo al bebé al desarrollo deficitario de su sistema inmunológico, digestivo, óseo y neuronal.

Por todo esto, surgió la siguiente interrogante ¿Cuál es el sentido que tiene en el proceso de la ablactación de las madres que acuden al Servicio de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera y de los profesionales de salud? Para dar respuesta a esta interrogante se planteó como propósito general construir el sentido que tiene el proceso de ablactación en las madres y profesionales de la salud en el Servicio de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera. Para lograr este propósito se indagó sobre los presupuestos teórico-referenciales referidos al proceso de ablactación, se describieron los noemas predominantes en las madres con respecto a tal proceso y, finalmente, se comprendió el significado que tiene el proceso de ablactación en las madres y profesionales de la salud que asisten al servicio de pediatría.

METODOLOGÍA

El abordaje de la investigación fue desde un enfoque epistémico sistémico, en tanto se buscó indagar con un pensamiento unificador, que conecta y relaciona todo el conjunto o sistema y se buscó hacerlo mediante un método que una, sintetice e integre.

En cuanto al método que tiene que ver con los procedimientos o el orden que se sigue para llevar a cabo una investigación, se escogió el fenomenológico hermenéutico el cual articula la hermenéutica al contexto de la temporalidad y la historicidad de la existencia humana. Con este método no sólo se busca la descripción de las esencias puras emergentes sino que se intenta finalmente interpretar y comprender el fenómeno en estudio.

El diseño fue el fenomenológico hermenéutico propuesto por Díaz (12), que concuerda con el método y consta de cinco fases: 1) Fase previa. 2) Fase estructural. 3) Fase descriptiva. 4) Fase interpretativa. 5) Fase de construcción teórica. Para efectos del presente estudio, los sujetos estuvieron representados por seis (6) madres de cualquier edad que acudieron a los servicios de pediatría y emergencia pediátrica del Centro Hospitalario Enrique Tejera, cuatro (4) médicos especialistas y dos (2) enfermeras que laboran en esa unidad.

Los modos de recogida de información fueron la entrevista a profundidad y la revisión documental, mientras que el recurso fue la grabadora. La revisión documental se hará teniendo en cuenta la documentación científica respecto al fenómeno y también relacionada a los sujetos y la institución. Cabe destacar, que estos dos modos de recogida de información tiene la intención de que sean complementarias para la obtención de la información pero también para realizar una triangulación de modos de recogida de ésta.

Se elaboró previo a la recogida de información, un documento de consentimiento informado con los siguientes aspectos: título, propósito y metodología del estudio; se les informó que tendrán libertad para incorporarse y/o abandonar el relato en el momento de la entrevista o durante la observación de documentos y acciones dentro del hospital; se les aseguró la confidencialidad de información y el anonimato de su identidad, y se les solicitó autorización para grabar la entrevista. Se les informó que tendrán a su disponibilidad las transcripciones de las entrevistas si desean incorporar otra vivencia o eliminar o aclarar cualquier información que deseen, para lo cual se les informó que se les realizará posteriores entrevistas u observaciones si el caso lo amerita.

El formato también contendrá datos de los autores y el tutor de la investigación; esto en caso de que cada participante tuviese alguna duda y así pueda comunicarse o desea abandonar su participación en el estudio, entre otros. Finalmente, se buscó cumplir con el criterio de confirmabilidad a través de los siguientes procedimientos: recogida de registros lo más concreto posible, transcripciones textuales, citas directas de fuentes documentales, triangulación, revisión de la estructura categorial emergente, la interpretación y la teoría o comprensión que emerja. La grabación de lo dicho por los sujetos de estudio, así como la transcripción serán fidedignas,

siempre tomando en cuenta los aspectos bioéticos para este tipo de investigación. La recolección de la información se realizó por medio de entrevistas a profundidad a los sujetos de estudio y revisión documental, cuya información obtenida fue transcrita. Las entrevistas giraron en torno al el sentido que tiene el proceso de ablactación en las madres que acuden al Servicio de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera.

ESTRUCTURACIÓN DE LAS CATEGORÍAS EMERGENTES

A continuación, se observa que emergieron sesenta y dos (62) contenidos significativos que sustentan seis (6) categorías universales individuales del fenómeno en toda una estructura sistémica, como sigue:

Tabla 1: Estructura emergente del fenómeno de estudio (Tabla continua).

-UNIDAD HERMENÉUTICA- Vivencias del proceso de ablactación de las madres y profesionales de la salud en el Servicio de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera		
SIGNIFICADOS INDIVIDUALES	CATEGORÍA UNIVERSAL	SIGNIFICADOS INDIVIDUALES
...Pura leche materna... (Inicio) [M1:014] ...No, ella si agarra la teta a cada rato...(Inicio) [M1:017] ...si enseguida a la primera hora le di teta... (Inicio) [M2:023] ...agarró bien, hasta ahora le he dado teta... (Inicio) [M2:025] ...le doy teta...(Inicio) [M3:020] ...de un porcentaje de 100% del triage el 30% hace lactancia materna exclusiva...(Inicio) [D4:002]	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA AL INICIO DE VIDA DEL NIÑO La lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida del bebé resulta un fenómeno significativo. Es una tendencia natural del recién nacido que las madres cumplen sin mayor problema en sus inicios.	...mi bebe mayor mamó teta también...(Inicio) [M3:051] ...A ella pura teta cuando nació hasta al año...(Inicio) [M4:013] ...ahorita la última tiene 1 mes todavía le estoy dando teta. (Inicio) [M4:043] ...no le doy nada... pura teta nada más...(Inicio) [M4:043] ...No, yo le daba...le daba teta...y hasta que ella pudo... y... (Inicio) [M5:030]

SIGNIFICADOS INDIVIDUALES	CATEGORÍA UNIVERSAL	SIGNIFICADOS INDIVIDUALES
...desde los 4 meses le he dado compota pero hecha en casa, con... con maicena y frutas naturales. Guayaba, parchita es lo que más ha probado. Estamos empezando. Auyama también le he dado, así licuadita pero una porción muy pequeña... [M1:025] ...al mes y medio le di sopita porque veía que no se llenaba nada más con la teta, me lloraba demasiado y entonces vi que era por hambre y le empecé a dar comida así y chévere, se quedaba tranquilo...[M6:021] ... la fórmula entera, la fórmula que ellas llaman completa, incorporación de cítrico, de pasta, el trigo también es dañino, pastina, esa es nuestra cultura, eso es dañino, cereales y eso no se usa, el cereal de arroz. Ahorita le dan cereales, cebada, crema de arroz, lo que consigan...(Antes de 6 meses)[D2:082] ...dígame! le echan agua de pasta, sopa de pescado, sopa de agua de pasta, eso es lo de ahorita, eso es lo que más me tiene impresionada.....(Antes de 6 meses) [D2:087]	PROCESO DE ABLACTACIÓN PRECOZ El proceso de ablactación tiende a ser precoz. Usualmente se da entre los 45 días de nacido el bebé hasta los 4 meses. Sin embargo, en éste último periodo es más notable el inicio de tal proceso.	...desde el mes y medio le di jugos que no le molestaran mucho ... [M6:057] ...mira empiezan a darle desde los 4 meses leche completa, con los alimentos que se consiguen hoy en día y los que están al alcance del bolsillo de las personas. ...[L1:044] ... antes de los 4 meses le dan de comida... si le dan... le dan sopita, puré, tanto de auyama como de apio... s... le dan caraotas...[L1:044] ...pero a los 2, 3, 4 meses también he visto casos que comienza esa alimentación sin asesoría alguna...[D1:042] ...A los 3 meses dejan de hacerlo, por muchos factores. No entienden que el bebé no es que no se llene sino que los primeros 3 meses es a libre demanda...[D2:019] ...a los 2 o 3 meses le meten maicena con una mínima cucharadita de leche de fórmula, entonces le introducen tempranamente sopas... [D3:087] ...desde los dos y tres meses le dan agua de arroz, agua de maicena... estamos hablando de niños de dos y tres meses a los que le dan este tipo de tetero... [D3:025]

SIGNIFICADOS INDIVIDUALES	CATEGORÍA UNIVERSAL	SIGNIFICADOS INDIVIDUALES
...ella no quiso más, la dejó pues ella no quería la teta... [M2:040] ...la teta no lo sustentaba... [M3:022] ...por qué no lo llenaba ósea él tomaba y seguía con hambre entonces lloraba, lloraba... [M3:028] ...hija mamo teta hasta los 3 meses de ahí no quiso más y la aburrió... [M3:060] ...a veces no tengo nada y ella lo que hace es puro llorar, no se me llenan pues... [53:066] ... ella le dejo de dar pecho a la bebe a los 3 meses porque se le iban a caer los pechos... [L1:013] ...tuve un testimonio de una mamá que le daba refresco de uva, porque según ella, a él no le gustaba la leche materna...[D1:031]	CAUSAS ARGUMENTADAS POR LA MADRE PARA ABLACTACIÓN PRECOZ El llanto del niño es la primera causa que argumentan las madres para prescindir del amamantamiento del niño. Éste hace inferir a las madres y abuelas que el niño aún tiene hambre. También arguyen que deben trabajar y dejar el niño con otra persona y la abuela no le gusta darle la leche ordeñada. El rechazo de la mama por parte del niño es otro argumento que esgrimen como causante de la ablactación precoz. Un último argumento de la madre es de procedencia estética, en tanto indican que perderán la consistencia de las mamas o deberán levantarse a cualquier hora de la noche, lo que podría causarle "ojeras" y cansancio.	...muchas lo hacen porque tienen que trabajar y muchas prefieren darle a los niños alimentos porque que si lo van a dejar con otras personas prefieren darle teterito... [L1:035] ...otras lo hacen como para no pararse a la madrugada, pa'que no le salgan ojeras, lo mismo... [L1:038] ...simplemente la mama comienza a trabajar y las abuelas no le quieren dar el tetero de teta que se ordeñan... [D1:048] ...es impresionante ver a una mamá llorando y el niño llorando porque no le quieren dar la lactancia, no se quieren parar porque están cansadas... [D•:067]

SIGNIFICADOS INDIVIDUALES	CATEGORÍA UNIVERSAL	SIGNIFICADOS INDIVIDUALES
...le he dado compota pero hecha en casa... [M1:025] ...sí... sopita de pollo, crema de apio o auyama... [M6:032] ... le dan leche completa... [L1:044] ...le dan sopita, puré, tanto de auyama como de apio, si, le dan caraoatas. ... [L1:044] ...mira, crema de arroz, le dan crema de arroz con leche completa... [L1:049] ...le daba refresco de uva porque según ella, a él no le gustaba la leche materna... [D1:031] ...generalmente comienzan tempranamente con jugos de frutas lechosa, cambur comienzan también las sopitas, auyama. ... [D1:035] Todos incorporan alimentos de manera muy temprana. ... [D2:049] ...¡dígame! le echan agua de pasta, sopa de pescado, sopa de agua de pasta... [D2:087]	TRASGRESIÓN DIETÉTICA EN EL NIÑO Se observa una trasgresión dietética en los niños que sustituye la lactancia materna exclusiva antes del momento idóneo para la ablactación. La madre usualmente le suministra leche entera, caraoatas, compotas, refresco y jugos de frutas tales como lechosa y cambur. Con mayor frecuencia les suministran sopas, cremas y purés. Las sopas son usualmente hechas de auyama, apio, zanahorias, pollo y pescado. Las cremas y purés son igualmente de los mismos. También utilizan agua de pasta, de arroz, o de maicena.	...todos toman leche, leche completa, ...le dan sopa del agua de la pasta la aliñan y se la dan a los niños... [D2:090] ...le dan agua de arroz, agua de maicena, ... [D3:025] ...le introducen tempranamente sopas... [D3:089] ...uno les pregunta a las mamás y comienzan con las cremas de apio, zanahoria, auyama, jugos... [D4:015] ...no cumplen lo de los jugos cítricos que es después de cierta edad, después de los 9 10 meses, sino que inician de una sola vez... [D4:016]. ...la madre les da crema de arroz solamente... [D4:027]. ...le preparan teteros de agua plátano... [L2:027].

SIGNIFICADOS INDIVIDUALES	CATEGORÍA UNIVERSAL	SIGNIFICADOS INDIVIDUALES
...mi mamá me dice que le dé cremita de auyama, sopita... [M5:081] ...mi mamá me dijo que le empezara a dar sopita... [M6:032] ...las abuelas, suegras es lo más frecuente en recomendar otros alimentos ... [D1:041] ...las abuelitas, las suegras opinan, son opinólogos de oficio y comienzan a decir mira dale fruta dale esto... [D1:046]	ABUELA COMO PRINCIPAL FUENTE MOTIVADORA DE TRASGRESIÓN ALIMENTICIA Las abuelas del niño son las que usualmente motivan a las madres para que les suministren alimentos en vez de la lactancia materna. Éstas son una fuente de autoridad de confianza para que las madres realicen lo prenombrado. Son fuente de opinión constante para las decisiones de alimentación del niño.	...las abuelas les dicen mira dale esto que tiene hambre y las mamás primerizas caen en eso... [D1:044] ...siempre está la creencia de que bueno la abuela me dice que debería de... [D2:042] ...siempre hay una abuela que está empeñada en darles sopa... [D3:109] ...Un 25% es influido por las abuelas, no tanto las mamás sino más las abuelas. Son las que más influyen en la alimentación del niño... [D4:049]
...todos los bebés sufren de alergias, reflujo gastroesofágico, alergia a la proteína de la leche de vaca... [D2:047] ... la mamá aquí es netamente carbohidrato o mucha proteína y entonces eso es lo que va a condicionar todas las alergias alimentarias, todas las tubulopatías renales, todo el déficit nutricional... [D2:070] ...si tienen dos meses les han metido hasta leche completa, vienen los niños intoxicados... [L2:002]	PATOLOGÍAS CONSECUENTES DE LA TRASGRESIÓN ALIMENTICIA La trasgresión alimenticia conlleva a patologías tales como reflujo gastroesofágico, intoxicación, alergia y diarrea. Esto último, pasa a veces a una enterocolitis o a una sepsis que puede conllevar a la muerte del niño.	...la mayoría son por trasgresión dietética y vienen por diarrea; es un niño chiquito, desnutrido, que no va a focalizar y no es una simple diarrea, pasa a una enterocolitis, a una sepsis lo que aumenta muchísimo la mortalidad infantil. ... [D3:090] ...sí, hay pacientes que se quedan hospitalizados por el patrón nutricional, ni siquiera por patrón infeccioso, ... [D4:043]

INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO

La lactancia materna (LM) exclusiva es la fuente alimenticia más natural para los bebés en los primeros meses de vida, este hecho resulta ser un fenómeno bastante significativo sobre todo en los primeros 6 meses de vida que por lo general las madres cumplen sin mayor problema. La LM es fundamental para los seres humanos, tanto en sus primeras horas de vida como en los meses subsiguientes. Su oferta temprana y exclusiva, garantiza a la madre la estimulación requerida para una óptima producción de leche, y la mejor oferta inmunológica, nutricional y psicoafectiva para el bebé. (13)

En muchos casos se ha visto que existe una tendencia notable al inicio de la ablactación precoz entre los primeros 45 días de vida y los 4 meses, siendo más pronunciado al acercarse más al último período mencionado. Son muchos los factores que impiden que se pueda desarrollar una adecuada lactancia materna exclusiva y permita el buen desarrollo físico e intelectual para el recién nacido y los beneficios recíprocos que se producen en la madre. (14)

Además de las ya mencionadas, existen otras causas argumentada por las madres para iniciar la ablactación precoz entre las cuales unas de las principales son el llanto de su bebé, que les preocupa y lo interpretan como signo de hambre en protesta a que la leche que le proporcionan no es suficiente para alimentarlos, esto también es reforzado por familiares o cualquier otro cuidador que queda a cargo del lactante cuando la madre tiene que trabajar y que no quieren darles leche ordeñada, sino que prefieren cualquier otra opción. Otra de sus razones para interrumpir la lactancia es el rechazo del pecho por parte del bebé. Como último argumento para desistir de amamantar, son las razones estéticas, las madres indican que perderán la consistencia de las mamas por el repetido uso y el levantarse frecuentemente en las noches para alimentar a sus bebés les causan ojeras de cansancio, por ende, prefieren alimentarlos con sustancias mucho más espesas que los harán dormir toda la noche.

Conocer las causas y motivos que llevan a las mujeres al abandono de la lactancia materna puede ser de gran utilidad para poder actuar sobre ellos y promocionar la lactancia materna para conseguir aumentar las tasas y duración de esta. (14)

Según varios autores, el descenso de la frecuencia y la duración de la lactancia al seno materno se debe a dos grandes causas: una ha sido la promoción (apoyada por los medios masivos de comunicación) de la lactancia artificial, basada en la utilización del biberón y las leches industrializadas; la segunda causa ha sido la integración de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, lo que les impide, poco tiempo después del parto, mantenerse cerca de sus hijos para amamantarlos correctamente (14). Además, también se ha encontrado que la prevalencia y la duración de la lactancia al seno materno es mayor entre las mujeres de poca escolaridad, que son exclusivamente amas de casa y radican en comunidades predominantemente agrícolas. Otros estudios informan que las razones aducidas por las madres para terminar la lactancia al seno incluyen: la percepción de que hubo una insuficiente producción de leche; el desconocimiento acerca del valor nutritivo que tiene la leche humana para el niño durante sus primeros meses de vida; la existencia de conflictos de horario con el trabajo, y la presentación de molestias por congestiónamiento de las mamas y agrietamiento de los pezones.(15)

Por lo tanto, se observa una trasgresión dietética en los bebés que surge de sustituir la lactancia materna exclusiva antes de tiempo, suministrando a sus bebés alimentos distintos a la leche materna como leche entera, caraoatas, compotas, jugos cítricos, refrescos, frutas y/o verduras. Mayormente se ha observado la administración de sopas para iniciar el proceso de ablactación, estas usualmente hechas de vegetales como la auyama, tubérculos como apio, zanahoria y con proteínas animales como pollo y pescado. Ellas han descrito también el uso de agua de pasta, arroz y maicena para la preparación de los teteros.

Una investigación realizada da ejemplo de los diferentes alimentos que muchas madres utilizan para la ablactación precoz; en lo que se refiere a los hábitos alimentarios durante la lactancia, obtenidos de niños menores de 30 meses de edad, se observó el predominio de la lactancia mixta desde el primer mes de nacido, un abandono progresivo de la lactancia materna y un aumento de la lactancia artificial. Desde el primer mes de nacido, los niños recibieron una lactancia mixta, sin diferencia entre el área urbana (73%) y el área rural (71%), ni por estratos sociales (16). La mayoría de las

madres utilizaron inicialmente “leches modificadas” como primer sustituto de la leche materna y alrededor del 80% de las madres utilizaron la leche completa como segunda leche en la preparación de la fórmula láctea¹⁵. El mayor número de madres suministraron cereales a sus hijos antes de los tres meses. Los tipos de cereales que más se utilizaron fueron los denominados no precocidos (avena, crema de arroz, arroz, maicena). Los jugos de frutas también fueron suministrados antes de los tres meses por el 80% de las madres del área urbana y 67% en el área rural. (16)

Las abuelas son participantes activas en la trasgresión dietética, ha sido descrito por varios nutricionistas que al ser estas las cabeceras de la casa, ellas motivan a las madres para que alimenten a sus hijos como ellas han alimentado a los suyos; representan la autoridad en el hogar, especialmente en caso de madres adolescentes, quienes se sienten más vulnerables y desconocedoras del mundo de la maternidad.

El niño aprende a comer principalmente de su madre, quien a su vez ha adquirido en forma oral categorías y conceptos de alimentación infantil principalmente de su madre (abuela del niño), lo que determina una transmisión cultural por vía femenina. (17)

Estas transgresiones alimenticias tienen varias consecuencias, pueden producir patologías como el reflujo gastroesofágico, intoxicaciones, alergias, diarreas y muchas otras, que pueden evolucionar a complicaciones como enterocolitis o sepsis que pueden llevar a la muerte del lactante.

Por otra parte, según la evidencia científica disponible, en general, se recomienda la introducción de otros alimentos en la dieta distintos de la leche materna o de fórmula alrededor de los 6 meses de edad, ya que la introducción antes de los 4 meses se asociaría a un riesgo aumentado de enfermedades autoinmunes y alergia alimentaria, y retrasarla más allá de los 7 meses no tendría efecto protector (18). Además señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios. (19)

COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO

El sentido que madres y profesionales en el Servicio de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, le dan al proceso de ablactación se inicia con lo significativo que es la lactancia materna exclusiva, sobre todo en los primeros meses de vida del bebé. Esto se observa en las madres pero en los tres primeros meses de vida, porque a partir de allí las madres comienzan el proceso de ablactación, usualmente entre los 45 días de nacido el bebé hasta los 4 meses.

Estas madres señalan como causas de la ablactación el llanto de sus bebés, el cual éstas interpretan como demanda de más alimento. Piensan que sus hijos no están satisfechos con la cantidad de leche materna que han suministrado. Esta ablactación precoz también la atribuyen a que deben trabajar y deben dejar el cuidado del niño a otra persona quien se encarga de su cuidado. Es también significativo que las madres perciben el rechazo de la mama por parte del niño y dejan de amamantarlo. La estética también juega un rol dentro del sentido que se construye en torno a este fenómeno. Las madres desean mantener la consistencia de sus mamas, por lo que contribuyen en ese sentido a una ablactación precoz, añadiéndole que no desean tampoco ojeras que provendrían si deben levantarse a altas horas de la noche a amamantar.

Todo lo anterior contribuye a una transgresión dietética en estos niños. La lactancia materna exclusiva es sustituida por leche entera, caraoatas, compotas, refrescos y jugos de frutas, tales como lechosa y cambur. También se les suministran sopas, cremas y purés. Además le proporcionan agua de pasta, de arroz, o de maicena.

Finalmente, también cobra sentido, la participación de las abuelas como principales fuentes de motivación hacia sus hijas para que suministren otro tipo de alimentos a sus niños, en vez de lactancia materna exclusiva. La autoridad intergeneracional y de confianza atribuida a éstas se hace sentir, contribuyendo a la transgresión dietética de los niños. Esto último trae como consecuencia en el niño patologías tales como reflujo gastroesofágico, intoxicación, alergia y diarrea. En algunos casos, esto acarrea una enterocolitis o a una sepsis, que puede conllevar a la muerte del niño.

RECOMENDACIONES

La primera recomendación es la administración de la lactancia materna como alimento exclusivo para los lactantes hasta los 6 meses de edad y continuarla hasta los 2 años.

Los profesionales de la salud deben establecer programas educativos sobre la composición, las fases de la leche materna, la técnica de amamantado y los beneficios de la lactancia materna. Además es importante que esta información no sea sola impartida a las madres, sino también a los familiares del núcleo más cercano al bebé.

De igual manera es importante informar sobre el inicio adecuado de la alimentación complementaria, la preparación de los mismos, dosificación, la correcta manipulación y conservación de los alimentos.

Debemos también recomendar a los profesionales de la salud proporcionar información adecuada a las madres sobre la extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna, para lograr cumplir sus jornadas laborales.

Es de suma importancia motivar el desarrollo de futuras investigaciones en donde se estudie la correlación que tiene la maternidad precoz con el abandono de la lactancia materna.

REFERENCIAS

1. Cepeda de Badaracco, M. Consecuencias de una alimentación inadecuada. Disponible en: <http://biosalud.saber.ula.ve/lactancia/articulos/consecuencias.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna 1981
3. Who.int. 1. Organización Mundial de la Salud. [Página principal en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/> [Visitado el 25 de Enero del 2016].
4. Ugarte OR, Arce EM, Cruz C, León LM, Vilca R. Elaboración con la asistencia técnica de UNICEF. Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño. Año 2009. Páginas 98-101. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/Libro_promocion_y_

[apoyo_a_la_Lactancia.pdf](#)

5. González, T, Escobar, L, González, L, Hernández, M. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Sal Pú de Mé. [Online] 2012; 12: Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf> [Visitado el 25 de enero del 2016].
6. Papp Paz Jennifer, Campos Cavada Isabel. Hábitos y conductas en la alimentación de lactantes menores hospitalizados por desnutrición grave. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Ene 26]; 73(2): 09-17. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492010000200003&lng=es.
7. Pinilla G, Elvinia D.N, Claudia G.R. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enfermería global. 2014; (33):59-70.
8. Ricardo S.P, Lourder Z.C, Walter S.C. Lactancia materna vs nuevas fórmulas lácteas artificiales: evaluación del impacto en el desarrollo, inmunidad, composición corporal en el par madre/niño. Gac Med Bol. 2011; 34 (1): 6-10.
9. Aguin V, Alvarado A, Angulo O, Arias J, Díaz E. Causas de deserción de lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de seis meses de edad. Arch Salud Sin. 2011; 5 (3): 66-70.
10. Escalona M, Varón M, Evies A, Sanmiguel F, Vargas Y, Guerra A. Efectos de un programa educativo en los conocimientos, creencias y practica sobre lactancia materna. Salus. 2011; 16 (1): 18-24.
11. Cárdenas MH, Montes E, Varón M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. Enfermería Global. 2010; (20): 1-10.
12. Díaz L. Visión Investigativa en Ciencias de la Salud (Énfasis en Paradigmas Emergentes). Ipapedi. 2011.
13. Borre Y, Navarro C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente?. Rev Cuid 2014; 5(2): 723-30.
14. Poyato P, Martínez J. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. Scielo [Internet]. 2014

[Citado 26 Ene 2017];8(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000200004>

15. Vandale-Toney S, Rivera M, Kageyama-Escobar M, Tirado L, López M. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. Salud Publica de México [Internet].2016 [Citado 26 Ene 2017];39(5). Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6026/6912>
16. Zarzalejo Z, García M, Alvarez M, Millan A. Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbano marginal. An Venez Nutr.2001;14(2).
17. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr 2002;29(3).
18. Ribes Koninckxa C, Dalmau Serra J, Moreno J, Diaz J, Castillejo G, Polanco I. La introducción del gluten en la dieta del lactante. Recomendaciones de un grupo de expertos. An Pediatr 2015;83(5):355.e1-355.e7
19. Martín Morales José, Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. AEP [Internet]. 2012 [Citado 01 feb 2017]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>

EXPERIENCIA CLÍNICA CON HIDRALAZINA EN EL MANEJO DE PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN LA MATERNIDAD DE ALTO RIESGO COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ EN EL PERIODO 2014-2015

Maira Oviedo, Thamara López

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo, como la pre eclampsia y la eclampsia, representan una importante carga de morbilidad, discapacidad y muerte en la población obstétrica a lo largo del mundo. En América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se asocian a estas causas. La hidralazina es un fármaco antihipertensivo utilizado para el tratamiento de crisis hipertensivas en gestantes que fue utilizado durante 2014 y 2015 en las instituciones hospitalarias venezolanas. *Objetivo:* Evaluar la experiencia clínica con la hidralazina en el manejo de Pre eclampsia-Eclampsia en la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez en el periodo 2014-2015. *Metodología:* Estudio descriptivo, no experimental, retrospectivo, transversal que muestra edad materna, edad gestacional, dosis respuesta y reacciones adversas en 20 gestantes con diagnóstico de pre eclampsia- eclampsia con TA $\geq 160/110$ mmHg que recibieron tratamiento con hidralazina. *Resultados:* La edad media fue de 29,05 años con mayor frecuencia entre 25 y 30 años, edad gestacional del 40% es mayor o igual a 37 semanas. 70% de las pacientes recibieron Hidralazina vía endovenosa con TA $\geq 160/110$ mmHg, en dosis de 3 ml (30%). El 55% de las pacientes tuvo taquicardia como reacción adversa a la Hidralazina. *Conclusiones:* Se considera la hidralazina como droga de primera línea para el tratamiento de los trastornos hipertensivos, dado que los resultados maternos y perinatales son similares a otros fármacos, dependerá de la ruta de administración disponible y de la experticia clínica y familiaridad con un fármaco en particular, el conocimiento de los potenciales efectos adversos.

Palabras clave: Hidralazina, Preeclampsia, Eclampsia, Reacciones Adversas.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Esto adquiere cada vez más importancia por el valor que tiene el bienestar del desarrollo materno-fetal como indicador de salud, sobre todo en países en vías de desarrollo, por lo que ha sido objeto de múltiples investigaciones y tema central en las reuniones de Organización Mundial de la Salud (OMS) con la finalidad de disminuir la tasa de mortalidad de dicho binomio.

La mujer durante el embarazo puede sufrir diferentes complicaciones que ponen en peligro la integridad del feto y de la madre. Entre ellas se encuentran la pre eclampsia, la eclampsia y en los casos más extremos el síndrome de HELLP, patologías que deben ser tomadas en cuenta a la hora de la evaluación de la paciente para prevenirlas y evitar las complicaciones futuras (1).

La determinación de los factores de riesgo de forma temprana puede servir para iniciar la prevención del mismo, dentro de estos factores se han descrito con más frecuencia la nuliparidad, edades maternas extremas (menor de 15 y mayor de 30 años) y antecedentes de abortos (2).

El término pre eclampsia se refiere a la instauración de hipertensión y proteinuria en una mujer previamente normotensa a partir de la semana 20 de la gestación. Puede ser clasificada como leve o severa (3). La definición de pre eclampsia severa es compleja, pero la mayoría de los investigadores concuerdan en que es aquella que presenta tensión arterial diastólica mayor a 110 mmHg, en dos ocasiones y/o tensión arterial sistólica mayor a 160 mmHg, en dos ocasiones. Con respecto al grado de proteinuria no existe un consenso general, pero la mayoría de los investigadores consideran una cuantificación en orina de 24 hrs. mayor a 3 gr. como indicativo de pre eclampsia severa; sin embargo, una importante proporción de los investigadores consideran aquella que es mayor a 5 gr/24 hrs.(4)

A pesar de la gran cantidad de investigaciones que se han realizado para conocer la etiología de la PE, ésta es aún desconocida. Aparentemente la placenta tiene un papel fundamental en su patogénesis, en gran parte debido a que los signos y síntomas clínicos desaparecen una vez que se interrumpe el embarazo (5). Adicional a

esto, porque la PE se caracteriza por un desarrollo deficiente de este órgano, con una invasión endovascular superficial del trofoblasto y una remodelación inadecuada de las arterias espirales de la decidua y el miometrio. Lo anterior genera hipoperfusión placentaria, estrés oxidativo y una respuesta inflamatoria exacerbada que lleva a las características clínicas de la PE (5,6). Los diferentes estudios clínicos y moleculares recientes, permiten avanzar en algunas hipótesis que explican la patogénesis de la enfermedad, entre las más importantes están la adaptación inmunológica inadecuada y la isquemia placentaria (5).

En cuanto a la adaptación inmunológica inadecuada, los datos sugieren que la respuesta inmune en la decidua materna en pacientes con pre eclampsia depende en gran medida de la capacidad de reconocimiento de las células NK, de sus receptores KIR, de sus genotipos y de los ligandos en el feto que puedan reconocerse en el ambiente uterino durante las etapas críticas de la remodelación arterial uterina (5-18). Con respecto a la isquemia placentaria, el desbalance entre factores angiogénicos y antiangiogénicos se ha propuesto como una de las causas del desarrollo de PE, en donde HIF- α es el principal regulador de dichos factores. Varios grupos de trabajo están estudiando las diferentes vías que regulan a este factor, como probable causa de su sobre-expresión en la placenta de mujeres con pre eclampsia. La regulación de HIF- α es muy compleja, siendo la degradación vía poliubiquitinación dependiente de la concentración de oxígeno, una de las más importantes y la mejor caracterizada (19-34).

Durante el año 2011, en un estudio realizado por Gutiérrez-Aguirre y Cantú-Rodríguez (35) para determinar las complicaciones maternas en pacientes con pre eclampsia-eclampsia, reportan la prevalencia y tipo de complicaciones maternas en pacientes con dichas afecciones, se obtuvo como resultado que el mismo ocurrió en 35% de la muestra estudiada, y las complicaciones más observadas fueron oligohidramnios, abrupto placentario y falla orgánica múltiple.

Aunque en la actualidad no existe una profilaxis validada para la prevención de los trastornos hipertensivos, la estimación de riesgo para su desencadenamiento permite identificar a las pacientes susceptibles de seguimiento más estrecho en el control prenatal. Dentro de los factores de riesgo que se han reportado en la literatura, se destacan:

alcoholismo, antecedentes de pre eclampsia en embarazos previos, edad menor de 20 y mayor de 35, nuliparidad, historia familiar de pre eclampsia, cantidad de parejas sexuales, control prenatal (36).

La naturaleza sutil de la presentación clínica para hacer que el diagnóstico sea frustrante, dado que la mayoría de las pacientes tiene síntomas inespecíficos o signos leves de pre eclampsia. Generalmente, el motivo de consulta es dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen o en el epigastrio, náuseas y vómitos, cefalea intensa y las alteraciones visuales (37).

Se ha descrito también complicaciones como el síndrome HELLP que puede presentarse con síntomas asociados a la trombocitopenia tales como sangrado por mucosas, hematuria, petequias o equimosis. Aunque el 82-88% de las pacientes tiene hipertensión, esta es leve en el 15-50% de ellas; el 87% tiene proteinuria detectada por prueba de tirilla reactiva. Hay que tener en cuenta que existe un porcentaje de pacientes que cursan sin estas dos manifestaciones (37).

La mortalidad materna sigue presentando cifras increíblemente elevadas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2013 murieron 289.000 mujeres durante el embarazo o el parto a nivel mundial, siendo estos números más elevados en países en vías de desarrollo donde la tasa de mortalidad es de 230 por cada 100.000 nacidos vivos, entre las causas más frecuentes, las complicaciones por hipertensión arterial (pre eclampsia, eclampsia y Síndrome de HELLP) ocupan el tercer lugar (38). Los desórdenes hipertensivos representan la patología médica más común en el embarazo afectando entre 6 y 8 % de las gestantes, de los cuales el 10 % son dadas por la presentación de síndrome de HELLP, cuya aparición aumenta la morbilidad materna por las complicaciones que ella supone; tales como, edema pulmonar, hematoma y ruptura hepática, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento placentario e insuficiencia renal aguda. Es por esto que la detección y tratamiento precoz se vuelve de suma importancia para mejorar la perspectiva de vida materno-fetal (39).

Varios estudios retrospectivos y prospectivos describieron el uso de diversos fármacos antihipertensivos en mujeres con hipertensión-pre eclampsia. Los fármacos utilizados consistieron en: hidralazina, metildopa, nifedipina, prazosin, diuréticos y betabloqueantes (40).

La hidralazina es un antihipertensivo ampliamente utilizado

en el manejo de la pre eclampsia-eclampsia; sin embargo, existe preocupación acerca de su potencia y efectos colaterales, en especial cuando se utiliza la vía intravenosa, ya que la farmacocinética es impredecible.

En vista de que la Pre eclampsia-Eclampsia es manejada en centros médicos de manejo de alto riesgo y son manejadas de forma conjunta con el Servicio de Medicina Interna, se hace necesario construir referentes locales que sirvan de soporte para evaluar el comportamiento ante la conducta del tratamiento medicamentoso en aras de preservar el bienestar materno-fetal.

En Venezuela, la pre eclampsia severa es una enfermedad con alto riesgo de morbi-mortalidad, tanto que se ha convertido en un programa prioritario de salud. Por lo que, la pre eclampsia representa un alto porcentaje de las muertes maternas, constituyendo la principal causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo. En la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez existe un protocolo para el manejo de la hipertensión arterial en la embarazada y la hidralazina constituye la primera opción del tratamiento ante las crisis hipertensivas. Existe preocupación clínica acerca de los efectos adversos maternos y neonatales que pueda ocasionar este, ya que la hidralazina es un potente vasodilatador cuya farmacocinética es impredecible, particularmente si se administra de forma súbita.

La hidralazina (1-hidrazinoptalacina) fue uno de los primeros fármacos antihipertensivos disponibles por vía oral en E.U.; sin embargo, en sus inicios fue escasamente utilizada por la frecuente aparición de taquicardia y taquifilaxia. Con una mejor comprensión de la respuesta cardiovascular compensatoria que acompaña al uso de vasodilatadores arteriolas, la hidralazina se combinó con agentes simpatolíticos y diuréticos logrando así un mayor éxito terapéutico. No obstante, su papel en el tratamiento de la hipertensión ha disminuido de forma muy importante con la introducción de nuevos fármacos antihipertensivos, hoy en día encuentra su mayor aplicación en el manejo de los estados hipertensivos asociados al embarazo (41).

La dosis recomendada para mujeres adultas y adolescentes: inicialmente 5—10 mg en forma de un bolo. Repetir según sea necesario cada 20—30 minutos hasta conseguir una presión arterial diastólica de 90—100 mmHg. La hidralazina se administra por vía

oral y parenteral. Aunque la absorción intestinal del fármaco es casi completa, la biodisponibilidad oral muy mucho más baja de la obtenida después de la administración parenteral debido a una extensa metabolización de primer paso. Además, la biodisponibilidad oral depende del “status acetilador” del paciente. En efecto, la población en general se puede clasificar según su fenotipo acetilador en “acetiladores lentos” que suponen un 50% de la población y en “acetiladores rápidos” que constituyen el 30%.

Los efectos hipotensores se manifiestan a los 20-30 minutos de la administración oral, a los 5-20 minutos de la administración intravenosa y a los 10-30 minutos de la administración intramuscular. La hidralazina se distribuye ampliamente por todo el organismo, mostrando una mayor afinidad hacia las paredes arteriolas. Este fármaco atraviesa la barrera placentaria y se excreta en pequeñas cantidades en la leche materna. Tanto el fármaco nativo como sus metabolitos se eliminan en la orina y las heces. La semi-vida de eliminación en pacientes normales es de 3 a 7 horas, pero aumenta en el caso de pacientes con insuficiencia renal. No obstante, se recomienda precaución si se administra a enfermos con lupus, y si se comprobare una exacerbación de los síntomas, el fármaco debe ser inmediatamente discontinuado (42). De igual manera, se debe utilizar con precaución en pacientes con enfermedad coronaria debido a que la taquicardia refleja aumenta el consumo de oxígeno y puede agravar una angina o una isquemia. En algunos de estos pacientes la administración de ésta puede desencadenar un infarto de miocardio. También se debe utilizar este fármaco con precaución en pacientes con aneurisma de aorta. Además, está contraindicada en pacientes con enfermedades reumáticas de la válvula mitral, debido a que el fármaco puede aumentar la presión en la arteria pulmonar. No se recomienda la utilización en el fallo cardíaco congestivo aunque este fármaco se ha utilizado en pacientes con grave disfunción del ventrículo izquierdo (43).

La hidralazina, cuando es administrada en bolos intravenosos, se ha relacionado con diversas alteraciones fetales y neonatales secundarias, principalmente a la disminución súbita del flujo uteroplacentario, a consecuencia de la disminución de las resistencias arteriolas periféricas, y en conjunción con el estado de hipoperfusión crónica característica de la pre eclampsia severa,

que se acompaña generalmente de una placentación deficiente, con una invasión trofoblástica anómala, y la presencia de hipoxemia crónica parcialmente compensada, a menudo acompañada de restricción del crecimiento intrauterino. También se ha observado en hijos de pacientes con pre eclampsia severa manejada con bolos de hidralazina, una mayor incidencia de Apgar bajo al nacimiento, comparado con pacientes manejadas con hidralazina por vía oral, y disminución de la tensión arterial mucho más gradual. En este momento es desconocido el impacto que ejerce el fármaco en bolos sobre el neurodesarrollo del neonato a largo plazo; así mismo, se desconoce si la hidralazina en bolos intravenosos ocasiona un aumento significativo en la tasa de admisión de los neonatos a unidades de cuidados intensivos neonatales (44,45).

Entre los estudios relacionados a la presente investigación, se puede encontrar el realizado por Rojas (46) en el 2016, sobre antihipertensivos de primera línea para el manejo de las crisis hipertensivas en el embarazo, en el cual se realizó una comparación entre fármacos utilizados para tratamiento de crisis hipertensiva en el embarazo y postparto, arrojando que la hidrolazina fue eficaz para el control de la misma, las pacientes presentaron cefalea, rubor, fotosensibilidad, náusea, palpitaciones, y el esquema terapéutico consistió en dosis de 5 o 10 mg en 2 minutos, dosis subsiguientes de 5-10 mg cada 20 minutos si persiste elevada. Dosis máxima: 20 mg.

Por su parte, Ramírez (47) realizó un estudio en el 2016 sobre la morbimortalidad materna asociada a pre eclampsia grave y eclampsia en pacientes ingresados en el servicio de UCI del Hospital Alemán Nicaragüense, durante el lapso julio a diciembre del año 2014, donde las pacientes presentaron como principal complicación desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), seguida del síndrome de HELLP, el tercer lugar fue para la insuficiencia renal. Otra complicación fue el accidente cerebro vascular (ACV), así como la insuficiencia respiratoria y hepática. También, mayor cantidad de estas pacientes estuvieron ingresadas en la sala por 5 – 8 días, siendo la gran parte de ellas dadas de alta con producto vivo, y una finalización del embarazo vía cesárea.

Toruño y Vallecillo (48) realizaron un estudio en el 2015 en Nicaragua donde evaluaron el manejo terapéutico aplicado en pre eclampsia grave y eclampsia en embarazadas ingresadas en la Unidad

de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el período de enero a diciembre del 2014, reportando que en el uso de antihipertensivos prevaleció la hidralazina, la dexametasona se aplicó en todos los casos que ameritaban, el sulfato de Magnesio en todos los casos y las horas que se aplicó más frecuentemente fue < 24 horas. El 85,16% de las pre eclampsia graves y el 91,86% de las eclampsias fueron manejados según protocolo del MINSA.

Así mismo, Acuña (49) presentó un estudio comparativo en México en el 2014 entre la hidralazina en infusión contra la hidralazina en bolos para el manejo de hipertensión en pre eclampsia severa, comparación de efectos maternos y neonatales, donde se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas al utilizar hidralazina en bolos, contra hidralazina en infusión continua, en pacientes con preeclampsia severa. La tensión arterial disminuye de forma significativamente más importante en el grupo que utilizó hidralazina en bolos, particularmente la tensión arterial sistólica, sin embargo, contrario a la hipótesis alterna, esta disminución más marcada no se ha visto reflejada en los eventos adversos encontrados en ambos grupos.

Por todo lo antes mencionado y por la importancia que suponen las complicaciones médicas durante el embarazo comprometiendo la integridad del desarrollo de la gestación, surge la necesidad de dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la experiencia clínica con hidralazina en el manejo de Pre eclampsia-Eclampsia en la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez en el período 2014-2015?

Los estudios que evalúan la farmacocinética de la hidralazina en humanos son escasos, por lo que es importante conocer la repercusión hemodinámica de su administración. Además, existe muy poca información respecto a los efectos fetales y neonatales de la hidralazina en bolos, por lo que es de la mayor trascendencia comprender, determinar y cuantificar los efectos hemodinámicos de la administración de este medicamento tanto en la fisiología materna como en el sistema fetal para poder predecir su actividad in vivo, y de esta manera continuar de forma más segura su administración durante la práctica clínica en el centro hospitalario.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la experiencia clínica con la hidralazina en el manejo de Pre eclampsia-Eclampsia

en la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez en el año 2014-2015. De igual manera, se determinó la edad de las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia que recibieron tratamiento con hidralazina, se estableció la edad gestacional de pacientes que ingresaron con Pre eclampsia-Eclampsia y recibieron tratamiento con hidralazina, se evaluó dosis respuesta en las pacientes que recibieron tratamiento con hidralazina y se identificó las reacciones adversas observadas durante la administración de hidralazina.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio está enmarcado en una investigación de tipo descriptivo, no experimental, transversal, retrospectivo (50-52). La muestra estuvo constituido por pacientes que fueron atendidas en la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez, durante el periodo 2014-2015, con diagnóstico de pre eclampsia- eclampsia, las cuales recibieron tratamiento con hidralazina (52).

La hidralazina se les indicó a pacientes con diagnósticos de pre eclampsia - eclampsia y cifras con sistólica mayor o igual de 160mmHg y diastólicas mayor o igual de 110mmHg ($\geq 160/110$ mmHg) suministrándose a dosis respuesta vía endovenosa, la dosis indicada fue 20mg diluidos en 20cc de solución 0.9%, se le pasa 1cc cada 3 minutos hasta obtener cifras de tensión en $\leq 140/90$ mmHg.

La recolección de los datos se realizó a través de la revisión documental de las historias clínicas de las pacientes, reportando la información en una ficha de registro diseñada en base a las variables estudiadas: edad materna, edad gestacional, dosis aplicada y reacciones adversas (51).

Una vez recopilados los datos se sistematizaron en Microsoft® Excel, para luego aplicar el procesador estadístico IBM® SPSS 22, y analizar los resultados con las técnicas de la estadística descriptiva univariada a partir de tablas de frecuencia según los objetivos específicos propuestos. A las variables cuantitativas tales como: edad de la madre y edad gestacional se calculó media $\pm$ desviación estándar, dato mínimo, máximo (51).

RESULTADOS

TABLA 1. Edad de las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de pre eclampsia-eclampsia que recibieron tratamiento con hidralazina

EDAD	f	%
< 25 años	4	20
25-30 años	9	45
31-36 años	5	25
> 36 años	2	10
Total	20	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017)

En el estudio realizado a 20 pacientes para evaluar la experiencia clínica con la hidralazina en el manejo de Pre eclampsia-Eclampsia en la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez en el periodo 2014-2015, se pudo observar en la edad de las paciente una media de 29,05 $\pm$ 6,194 años, mínimo 18 años y máximo 40 años, reportando mayor frecuencia en el rango de 25 a 30 años con 45% (9 casos), 31 a 36 años 25% (5 casos), menos de 25 años 20% (4 casos) y mayor a 36 años 10% (2 casos).

TABLA 2. Edad gestacional de pacientes que ingresaron con pre eclampsia-eclampsia y recibieron tratamiento con hidralazina

EDAD GESTACIONAL	F	%
< 28 semanas	1	5
28-33 semanas	5	25
34-36 semanas	6	30
≥ 37 semanas	8	40
Total	20	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017)

En cuanto a la edad gestacional de las pacientes, se observó una media de 35 $\pm$ 3,742, mínimo 27 semanas y máximo 40 semanas, reportando mayor frecuencia en el rango de 37 semanas o más semanas con 40% (8 casos), 34 a 36 semanas 30% (6 casos), 28 a 33 semanas 25% (5 casos) y menos de 28 semanas 5% (1 caso).

TABLA 3. Dosis respuesta en las pacientes que recibieron tratamiento con hidralazina

Tensión Arterial Inicial	Dosis Vía Endovenosa						Total	
	1 ml	2 ml	3 ml	1 ml	2 ml	3 ml	f	%
< 160/110 mmHg	0	0	0	0	0	0	0	0
≥ 160/110 mmHg	5	25	4	20	6	30	14	75

Tensión Arterial Inicial	Dosis Vía Oral				Total	
	25 mg	50 mg	25 mg	50 mg	f	%
< 160/110 mmHg	3	15	1	5	4	20
≥ 160/110 mmHg	0	0	1	5	1	5

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017)

En relación a la dosis respuesta, la tensión arterial inicial reporta una media de 168,55 +/- 18,438 mmHg, mínimo 130 mmHg y máximo 220 mmHg en la tensión arterial sistólica; y una media de 111,550 +/- 10,530 mmHg, mínimo 90 mmHg y máximo 130 mmHg en la tensión arterial diastólica. En la Tabla 3 se observa que las pacientes tratadas con hidralazina vía endovenosa con tensión con tensión mayor o igual a 160/110 mmHg reportaron 30% (6 casos) 3ml, 25% (5 casos) que se les suministró 1 ml, 20% (4 casos) 2 ml. La dosis vía oral reportó en tensión menor a 160/110 mmHg 15% (3 casos) que recibió dosis de 25 mg y 5% (1 caso) 50 mg.

TABLA 4. Reacciones adversas observadas durante la administración de hidralazina

REACCIONES ADVERSAS	F	%
Taquicardia	11	55
Taquicardia + Taquipnea	1	5
Ninguna	8	40
Total	20	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017)

Con relación a las reacciones que presentaron las pacientes durante la administración de la hidralazina, se observó que 55% (11 casos) presentaron taquicardia, 40% (8 casos) no presentaron reacciones adversas y 5% (1 caso) presentó taquicardia y taquipnea.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó la experiencia clínica con la hidralazina en el manejo de Pre eclampsia-Eclampsia en la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez en el periodo 2014-2015. Los datos mostraron que las pacientes presentaron una edad media de 29,05 +/- 6,194 años, mínimo 18 años y máximo 40 años, siendo el rango etario con mayor frecuencia entre 25 y 30 años (45%), resultado similar a lo reportado en un estudio realizado en Managua donde la mayor prevalencia estuvo entre los 20 y 35 años de edad con 54,3% (48).

Con relación a la edad gestacional de las pacientes, el estudio expone una media de 35 +/- 3,742, mínimo 27 semanas y máximo 40 semanas, reportando mayor frecuencia en el rango de 37 semanas o más semanas con 40%, lo cual concuerda con lo reflejado en el estudio de Toruño y Vallecillo (48) donde la mayoría de las pacientes presentaban 37 o más semanas de gestación (51,72%), así como el estudio de Ramírez (47) quien reportó que el 63,64% de las pacientes presentaban producto a término (37-40sg).

En cuanto a la dosis respuesta en las pacientes que recibieron tratamiento con hidralazina, el estudio arroja una media en la tensión arterial sistólica de 168,55 +/- 18,438 mmHg y en la tensión arterial diastólica de 111,55 +/- 10,530 mmHg, siendo estos resultados similares a los encontrados en el estudio de Acuña (49), quien reportó una tensión arterial sistólica inicial de 168,83 +/- 17,50 mmHg y diastólica de 100,16 +/- 5,79 mmHg.

El 70% de las pacientes que presentaron tensión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg recibieron dosis vía endovenosa de 3 ml (30%), 1 ml (20%) y 2 ml (25%), mientras 25% de las pacientes que presentaron tensión arterial menor a 160/110 mmHg recibieron dosis vía oral de 25 mg (15%) y 50 mg (5%). La dosis aplicada en el presente estudio es similar a la reportada en el estudio de Rojas (46), donde el esquema terapéutico, oral o endovenoso, fue de 5 o 10 mg

en 2 minutos, con dosis subsiguientes de 5-10 mg cada 20 minutos, con una dosis máxima de 20 mg.

Con relación a las reacciones que presentaron las pacientes durante la administración de la hidralazina, el estudio reporta que 55% presentaron taquicardia, hallazgo contrario al estudio de Ramírez (47) donde se encontró entre las principales complicaciones que se presentaron circulan síndrome de HELLP, desprendimiento prematuro de membrana normoinsera, insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada, así como el estudio de Rojas (46) donde las pacientes presentaron cefalea, rubor, fotosensibilidad, náuseas y palpitaciones.

Con respecto a esto, Ramírez (47) señala que la pre eclampsia grave y la eclampsia sigue siendo la hidralazina como fármaco antihipertensivo indicados para el control de la tensión arterial en la crisis hipertensiva, eclampsia y de mantenimiento, mientras para la prevención de las convulsiones es el sulfato de magnesio con el esquema de Zuspan el fármaco usado en estas pacientes, siendo este el que está indicado en las normas, manuales y la literatura a nivel internacional. Todo se puede relacionar con lo que refiere la literatura donde se cita que el tratamiento antihipertensivo está dirigido a prevenir complicaciones cerebro vasculares y cardiovasculares, y se recomienda generalmente cuando la tensión arterial diastólica es ≥ 110 mmHg, y la tensión arterial sistólica es ≥ 160 mmHg, evitando descensos súbitos.

CONCLUSIONES

La edad más frecuente en los casos de pre eclampsia y eclampsia fue de 25 a 30 años, con una media de 29,5 años. La edad gestacional de las pacientes que fueron tratadas fue mayor a 37 semanas, con una media de 35 semanas.

Se aplicó el protocolo establecido en la institución para el tratamiento de las pacientes que presentan pre eclampsia y eclampsia. Las pacientes presentaron una media en la tensión arterial sistólica de 168,55 $\pm$ 18,438 mmHg y en la tensión arterial diastólica de 111,55 mmHg, El 70% de las pacientes recibieron hidralazina vía endovenosa en tensión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg, en su mayoría en dosis de 3 ml (30%). El 55% de las pacientes tuvieron

taquicardia como reacción adversa a la hidralazina.

Se considera la hidralazina como droga de primera línea para el tratamiento de los trastornos hipertensivos, dado que los resultados maternos y perinatales son similares a otros fármacos. Dependerá de la ruta de administración disponible y de la experticia clínica y familiaridad con un fármaco en particular, el conocimiento de los potenciales efectos adversos.

Se recomienda mantener la educación continua y actualizada en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Maternidad de Alto Riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez acerca del diagnóstico, manejo de la pre eclampsia y eclampsia a través de conferencias, flujogramas de manejo, y apoyándose en los protocolos del manejo de esta patología; realizar el monitoreo constante del cumplimiento de la aplicación del protocolo para evitar en lo posible las complicaciones obstétricas y mejor la atención de la paciente; y garantizar la aplicación de protocolo y normas establecidas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

REFERENCIAS

1. Castro JE. Prevalencia signos y síntomas de preeclampsia en mujeres atendidas en hospital provincial de la ciudad de Riobamba en el período abril 2009- Marzo 2010. Ecuador 2010.
2. Benítez-Condor Y, Bazan-Ruiz S. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un Hospital de Piura, Perú. Cimel 2011; 16(2):77-8.
3. ACOG Committee on Practice Bulletins--Obstetrics. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. Obstet Gynecol 2002; 99:159.
4. Tranquilli A, Mark A. Brown, et al. The definition of severe and early-onset preeclampsia. Statements from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP).
5. Kopcow D, Karumanchi A. Angiogenic factors and natural killer (NK) cells in the pathogenesis of preeclampsia. J Reprod Immunol 2007; 76: 23-9.
6. Sibai B, Dekker G, Kupfermanc M. Preeclampsia. Lancet 2005; 365: 785-97.

7. Davison MJ, Homuth V, Jeyabalan A, Conrad PK, Karumanchi AS, Quaggin S, et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15: 2440-8.
8. Koopman L, Kopcow H, Boyson J, Orange J, Chatz F, Masch R, et al. Human decidual NK cells are unique NK cell subset with immunomodulatory potential. *J Exp Med* 2007; 198:1201-12
9. Williams PJ, Bulmer JN, Searle RF, Innes BA, Robson SC. Altered decidual leukocyte in the placental bed in preeclampsia and fetal growth restriction: a comparison with late normal pregnancy. *Reproduction* 2009; 138: 177-84.
10. Li DX, Charnock-Jones S, Zhang E, Hiby S, Shazia M, Day K, et al. Angiogenic growth factors messenger ribonucleic acids in uterine Natural Killer cells. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:1823-34.
11. Tabiasco J, Rabot M, Aguerre-Girr A, El Costa H, Berrebi A, Parant O, et al. Human decidual NK cells: unique phenotype and functional properties-A review. *Placenta* 2006; 27 suppl A: S34-S39.
12. Jacob H, Goldman-Wohl D, Hamani Y, Prus D, Arnon T, Gazit R, et al. Decidual NK cells regulate key developmental processes at the human fetal-maternal interface. *Nat Med* 2006; 12:1065-74.
13. Smith SD, Dunk EC, Aplin DJ, Harris KL, Jones LR. Evidence for immune cell involvement in decidual spiral arteriole remodeling in early human pregnancy. *Am J Pathol* 2009; 174:1959-71.
14. Khakoo S, Carrington M. KIR and disease: a model system or system of models?. *Immunol Rev* 2006; 214: 186-201.
15. Trowsdale J, Barten R, Haude A, Stewart AC, Beck S, Wilson M. The genomic context of Natural Killer receptor extended gene families. *Immunol Rev* 2001; 181: 20-38.
16. Bashirova A, Martin P, Mc Vicar W, Carrington M. The killer immunoglobulin like receptor gene cluster: Tuning the genome for defense. *Annu Rev Genomics Hum Genet* 2006; 7: 277-300.
17. Carrington M, Martin MP. The impact of variation at the KIR gene cluster on human disease. *Curr Top Microbiol Immunol* 2006; 298: 225-57.
18. Hiby ES, Walker JJ, O'Shaughnessy MO, Redman WG, Carrington JT, Moffet A. Combinations of maternal KIR and fetal HLA-C genes influence the risk of Preeclampsia and reproductive success. *J Exp Med* 2004; 200: 957-65
19. Caniggia I, Winter J.L. Hypoxia inducible factor-1: Oxygen regulation of trophoblast differentiation in normal and preeclamptic Pregnancies-A Review. *Placenta* 2002; 16(Suppl.) A: S47.S57.
20. Cross J. Placental function in development and disease. *Reprod Fertil Dev* 2006; 18: 71-6.
21. Jacob H, Goldman-Wohl D, Hamani Y, Prus D, Arnon T, Gazit R, et al. Decidual NK cells regulate key developmental processes at the human fetal-maternal interface. *Nat Med* 2006; 12:1065-74.
22. Smith SD, Dunk EC, Aplin DJ, Harris KL, Jones LR. Evidence for immune cell involvement in decidual spiral arteriole remodeling in early human pregnancy. *Am J Pathol* 2009; 174: 1959-71.
23. Khakoo S, Carrington M. KIR and disease: a model system or system of models?. *Immunol Rev* 2006; 214: 186-201.
24. Genbacev O, Krtolica A, Kaelin W, Fisher S.J. Human cytotrophoblast expression of the von Hippel-Lindau protein is downregulated during uterine invasion in situ and upregulated by hypoxia in vitro. *Dev Biol* 2001; 233: 526-36
25. Caniggia I, Mostachfi H, Winter J, Gassmann M, Lye SJ, Kuliszewski M, et al. Hypoxia-inducible factor-1 mediates the biological effects of oxygen on human trophoblast differentiation through TGFbeta(3). *J Clin Invest* 2000; 105:577-87.
26. Rajakumar A, Whitelock A, Weissfeld L, Daftary A, Markovic N. Selective overexpression of the hypoxia-inducible transcription factor, HIF-2a, in placentas from women with preeclampsia. *Biol Reprod* 2001; 64: 499-506.
27. Zhou Y, Damsky CH, Fisher SJ. Preeclampsia is associated with failure of human cytotrophoblasts to mimic a vascular adhesion phenotype. One cause of defective endovascular invasion in this syndrome? *J Clin Invest* 1997; 99: 2152-64.
28. Zhou Y, McMaster M, Woo K, Janatpour M, Perry J, Karpanen T, et al. Vascular endothelial growth factor ligands and receptors that regulate human cytotrophoblast survival are dysregulated in severe preeclampsia and hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome. *Am J Pathol* 2002; 160: 1405-23.
29. Venkatesha S, Toporsian M, Lam C, Hanai JI, Mammoto T, Kim

- YM, et al. Soluble endoglin contributes to the pathogenesis of preeclampsia. *Nat Med* 2006; 12: 642-9
30. Levine RJ, Maynard SE, Qian C, Lim KH, England LJ, Yu KF, et al. Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N Engl J Med* 2004; 350: 672-83.
 31. Levine RJ, Lam C, Qian C, Yu KF, Maynard SE, Sachs BP, et al. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. *N Engl J Med* 2006; 355: 992-1005.
 32. Kaelin WG. Proline hydroxylation and gene expression. *Annu Rev Biochem* 2005; 74: 115-28.
 33. Liu YV, Semenza GL. RACK1 vs. HSP90: competition for HIF-1 alpha degradation vs. stabilization. *Cell Cycle* 2007; 6:656-9.
 34. Koh MY, Powis G. HIF: the new player in oxygen-independent HIF-1alpha degradation. *Cell Cycle* 2009; 8: 1359-66.
 35. Gutiérrez-Aguirre C, Alatorre J, Cantú-Rodríguez O. Síndrome de HELLP diagnóstico y tratamiento. *Rev Hematol Mex* 2012; 13(4):195-200.
 36. Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara S., Martínez-Félix J. Factores de riesgo asociado con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78(3): 153-159
 37. Rojas J., De La Ossa O. Síndrome de HELLP: Consideraciones generales, Diagnóstico y Tratamiento. E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Octubre 2009.
 38. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mortalidad materna. Nota descriptiva Num 348. Mayo 2014.
 39. Andrade J, Bustillo M. Prevalencia de Síndrome de HELLp y sus resultados perinatales en pacientes del Hospital materno-infantil. *Revista de los Postgrados de Medicina UNAH* 2010; 13(3). Disponible: <http://www.lamjol.info/index.php/RMPM/article/view/630/454> Consultado: 07/05/14.
 40. Norbert Gleicher, MD. "tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo" Argentina 2004 3ra edición pag 1194.
 41. Ellershaw DH, Gurney AM. Mechanisms of hydralazine induced vasodilatation in rabbit aorta and pulmonary artery. *Br J Pharmacol*, 2001, 134:621-631
 42. Harvey, Richard A., et al. Lippincott's Illustrated Reviews: Pharmacology. 2nd ed. Philadelphia: Lipincott, Williams & Wilkins, 2000. 190.
 43. Bourreli, B.; Pinaud, M.; et al. "Additive effects of dihydralazine during enflurane or isoflurane hypotensive anaesthesia for spinal fusion". *Canadian Journal of Anaesthesia* 35 (3): 242-248.
 44. Harvey, Richard A., et al. Lippincott's Illustrated Reviews: Pharmacology. 2nd ed. Philadelphia: Lipincott, Williams & Wilkins, 2000. 190.
 45. Knowles HJ, Tian YM, Mole DR, Harris AL "Novel mechanism of action for hydralazine: induction of hypoxia-inducible factor-1alpha, vascular endothelial growth factor, and angiogenesis by inhibition of prolyl hydroxylases". *Circ. Res.* 95 (2): 162-9. July 2004.
 46. Rojas Velasco G. Antihipertensivos de primera línea para el manejo de las crisis hipertensivas en el embarazo. *Rev Med Vozandes* 2016; 27: 57 – 59.
 47. Ramírez DE. Morbimortalidad materna asociada a preeclampsia grave y eclampsia en pacientes ingresados en el servicio de uci del hospital Alemán Nicaragüense, julio a diciembre del año 2014. Trabajo de Grado. Universidad Autónoma de Nicaragua.
 48. Toruño MF, Vallecillo RP. Abordaje de la preeclampsia grave y eclampsia en embarazadas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el período de enero a diciembre del 2014. Trabajo de Grado. Universidad Autónoma de Nicaragua.
 49. Acuña RJ. Hidralazina en infusión contra la hidralazina en bolos para el manejo de hipertensión en preeclampsia severa, comparación de efectos maternos y neonatales. Trabajo de Maestría en Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de México.
 50. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. Mac Graw Hill editores. México D.F. México. 2014:103,104, 20.
 51. Arias F. El Proyecto de Investigación. (3a. ed.). Editorial Episteme. Caracas. Venezuela. 2012: p 14, 16, 48, 54.
 52. Londoño J. Metodología de la Investigación epidemiológica. 3ª edición. Editorial Manual moderno S. A. Bogotá. Colombia. 2004:7.

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN E
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN EN LAS JÓVENES
QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA
EN CENTRO DE SALUD PRIVADO, GUACARA.
ENERO - JULIO 2017**

Amelia Loaiza Farfán

RESUMEN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) tienen una alta morbilidad, según la Organización Mundial de la Salud, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS, en Venezuela se reportaron 8.825 casos en el año 2011, no obstante se estima que hay un considerable subregistro, aunque en los institutos de educación media pública y privada se imparte educación sexual, las adolescentes que acuden a consulta han presentado signos y síntomas sugestivos de alguna infección de transmisión sexual. *Objetivo general:* Determinar la relación entre el nivel de instrucción e infecciones de transmisión sexual en las jóvenes que asisten a la consulta de ginecología en centro de salud privado. Guacara, Período Enero -Julio 2017. *Materiales y Métodos:* Estudio descriptivo, no experimental, longitudinal, retrospectivo. Universo de 179 pacientes con una muestra de 41 pacientes entre 16 y 21 años con vida sexual activa que acudieron a la consulta de ginecología. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas y reportados en una ficha de registro adaptados a las variables del estudio. *Resultados:* 46,5% de las pacientes tienen 20 y 21 años, 58,5% son estudiantes universitarias, 75,7% tuvieron sexarquia entre los 16 y 18 años, 36,9% han tenido un embarazo, 80,5% utilizan otros métodos, existe correlación significativa entre el nivel de instrucción y la infección vaginal ($P > 0,05$). *Conclusión:* Se demostró que existe una relación significativa entre adolescentes que cursan estudios de educación superior incompleta y la presencia de ITS en las adolescentes con vida sexual activa por encima de las adolescentes que se embarazaron, demostrando así que se protegen de quedar embarazadas pero no le dan importancia al riesgo de contraer ITS. Las instituciones de educación media y superior deben plantearse otras estrategias de mayor impacto para la información sobre la prevención de ITS.

Palabras clave: Infecciones de transmisión sexual, adolescentes, adultos jóvenes, educación media, educación superior.

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un grupo de infecciones que se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral, así como por otras vías o medios no sexuales, como son las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS, en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto. Existen más de 30 agentes patógenos entre virus, bacterias y parásitos que se tiene conocimiento de que se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de ITS. De esas infecciones, cuatro son actualmente curables, entre ellos la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis; las otras cuatro infecciones: hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus del papiloma humano (VPH), son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad (1).

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal (1).

Los síntomas producidos por las infecciones del aparato genital inferior son los motivos de consulta más frecuente de las pacientes ginecológicas entre ellas las infecciones vulvares, úlceras genitales, vaginitis, cervicitis, y sus complicaciones como la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), endometritis no puerperal. En la mayoría de los casos, las ITS son asintomáticas o sólo van acompañadas de síntomas leves que no necesariamente permiten un diagnóstico certero (2).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS que son curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adolescentes y adultos desde los 15 a los 49 años. En esta cifra no se incluyen las infecciones por el VIH y otras ITS que siguen afectando la vida de las personas y las comunidades en todo el mundo. En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades que llevan a

los adultos a buscar asistencia sanitaria (3).

La mayor proporción se observa en Asia meridional y sudoriental, seguida por el África subsahariana y por América Latina y el Caribe. Igualmente se producen todos los años millones de ITS atribuibles principalmente a VIH, HSV2, VPH y virus de la hepatitis B. Y a escala mundial, todas estas infecciones suponen una inmensa carga sanitaria y económica, especialmente para los países en desarrollo, en los que representan el 17% de las pérdidas económicas provocadas por la falta de salud (4).

En el Anuario de Morbilidad 2011, la tabla de Morbilidad Registrada por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias para Venezuela reportan 8.825 casos de ITS, de los cuales fueron por sífilis 3.237 casos, por Infección gonocócica fueron reportados 2.500 casos, por Enfermedad VIH/SIDA fueron 1643 casos, por Infección asintomática VIH/SIDA se reportaron 1.445 casos y 145 casos de sífilis congénita (5). Se estima que hay un considerable subregistro, y no hay nuevas estadísticas que reporten las cifras de años más recientes. Aunque en los institutos de educación media pública y privada se imparte educación sexual, las adolescentes que acuden a consulta han presentado signos y síntomas sugestivos de alguna infección de transmisión sexual.

La adolescencia es el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, según la definición de la OMS, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, condicionada por diversos procesos biológicos. Se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales, lo que incluye para ellos un elevado riesgo de embarazos no deseados e ITS, entre ellas el VIH. Los patrones de conducta que se establecen pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo (6).

Los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad constituyen un grupo heterogéneo en constante evolución y la experiencia de ser joven, varía mucho según las regiones del planeta e incluso dentro de un mismo país (7).

Un estudio realizado en España por Espada et al. (2014) sobre Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente, concluye que sólo el 83% utiliza preservativo, y se identificó la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes creando una interiorización y concientización de las usuarias para que mantengan una adecuada salud reproductiva (8).

En el año 2014, Sánchez-Meneses et al. realizaron en México, una investigación acerca del Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Ellos encontraron que el método más utilizado fue el condón masculino (65.2%), seguido de los hormonales orales (13.6%) (9).

En Perú un estudio sobre el Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres, realizado por Silva-Fhon et al. (2014) concluyeron que el 59,1 % no utilizan preservativo, y se identificó la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes creando una interiorización y concientización de las usuarias para que mantengan una adecuada salud reproductiva (10).

Una publicación realizada por Reyes en el 2016, denominado Infecciones de transmisión sexual, un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela, revela que la mayor parte de estas infecciones son asintomáticas, y que las ITS afectan a la sociedad en todos los niveles sociales y con más frecuencia a adultos jóvenes (11).

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de instrucción e infecciones de transmisión sexual en las jóvenes que asisten a la consulta de ginecología en un centro de salud privado. Guacara, Período Enero -Julio 2017. De igual manera, se espera identificar los datos sociodemográficos de las pacientes, conocer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes, establecer los métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes, determinar los hallazgos clínicos encontrados en las pacientes, y correlacionar el nivel de instrucción de las pacientes y los hallazgos de infección de transmisión sexual encontrados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo se fundamenta en un estudio descriptivo, no

experimental, longitudinal, retrospectivo, y tiene como propósito determinar la relación entre el nivel de instrucción e infecciones de transmisión sexual en las jóvenes que asisten a la consulta de ginecología en un centro de salud privado. Guacara, Período Enero -Julio 2017.

Se cuenta con un universo de 179 pacientes, la muestra corresponde a todas las pacientes jóvenes con edades entre 16 y 21 años con vida sexual activa, para un total de 41 pacientes que acudieron a la consulta de ginecología.

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas y reportados en una ficha de registro adaptados a las variables del estudio. Las variables cuantitativas se resumirán mediante los valores de mediana y sus rangos, mientras que las variables cualitativas serán resumidas mediante frecuencias absolutas y porcentajes (12,13)

RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las pacientes

EDAD	F	%
16-17	9	22,0
18-19	13	31,8
20-21	19	46,2
Total	41	100
OCUPACIÓN	f	%
Estudiante Universitario	24	58,5
Del Hogar	7	17
Estudiante Bachillerato	4	9,8
Otras Ocupaciones	4	9,8
Comerciante	2	4,9
Total	41	100
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	f	%
Educación Superior Incompleta	24	58,5
Bachiller	10	24,4
Bachillerato Incompleto	4	9,8
Universitario	2	4,9
TSU	1	2,4
Total	41	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017)

En los datos sociodemográficos de las pacientes obtenidos, se demostró que la mayor frecuencia de edades es de 20-21 años correspondiente al 46,2%; con respecto al nivel de instrucción la mayor frecuencia tienen estudios universitarios con 58,5%; y con educación universitaria incompleta el 58,5%. (Tabla 1)

Tabla 2. Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes.

SEXARQUÍA	f	%
< 16	7	17,0
16-18	31	75,7
> 18	3	7,3
Total	41	100
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	f	%
1	10	24,4
2	23	56,1
≥ 3	8	19,5
Total	41	100
GESTACIONES	f	%
1	15	36,9
2	2	4,9
PARIDAD	f	%
Partos	1	2,4
	2	4,9
Abortos	1	2,4
Cesáreas	3	7,3

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017)

Referente a los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes, se demostró que la mayor frecuencia de edad de inicio de la vida sexual está en edades 16-18 años correspondiente al 75,7%; con respecto al número de parejas sexuales la mayor frecuencia tienen 2 parejas sexuales para 56,1%; con respecto al número de gestaciones el 36,9% con 1 embarazo y de estos nacieron por cesárea el 7,3% correspondiente a 3 casos. (Tabla 2)

Al establecer los métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes se encontró que la mayor frecuencia, 33 jóvenes, el 80,5% utilizan dos métodos a la vez, la mayoría de estos no utiliza

el condón o profiláctico y evita el embarazo con interrupción del coito. Y solamente el 17,1% utiliza condón. (Tabla 3)

Al determinar los hallazgos clínicos encontrados en las pacientes se demostró que coexistían dos variables a la vez con una frecuencia mayor de infecciones vaginales con 63,4% y el 48,8% con embarazos. (Tabla 4)

Tabla 3. Métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes

MÉTODO ANTICONCEPTIVO *	f	%
Profiláctico	8	19,5
Anticonceptivos Orales	7	17,1
Dispositivo Intrauterino	1	2,4
Otros	33	80,5

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017) * Varias pacientes utilizan dos métodos a la vez.

Tabla 4
Hallazgos clínicos encontrados en las pacientes

HALLAZGOS *	f	%
Embarazo	20	48,8
Infección Vaginal	26	63,4
Lesión Cervical	9	22,0

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017) * Varias pacientes presentan dos hallazgos a la vez.

Tabla 5. Correlación entre el nivel de instrucción de las pacientes y los hallazgos de infección de transmisión sexual encontrados

NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
HALLAZGOS DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Embarazo	Correlación de Pearson	-,254
		Sig. (bilateral)	,109
		N	41
	Infección Vaginal	Correlación de Pearson	,331
		Sig. (bilateral)	,035*
		N	41
	Lesión Cervical	Correlación de Pearson	-,097
		Sig. (bilateral)	,547
		N	41

Fuente: Datos propios de la Investigación (2017)

Al correlacionar el nivel de instrucción de las pacientes y los hallazgos de ITS encontrados, se demostró si existe una correlación entre las dos variables ya que el nivel de significancia de Pearson $>0,05$ dando un resultado de 0,035.

DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado a 41 pacientes jóvenes entre 16 y 21 años, y cuyo objetivo es determinar la relación entre el nivel de instrucción e ITS en las jóvenes que asisten a la consulta de ginecología en un centro de salud privado en Guacara, en relación a los datos sociodemográficos obtenidos de las pacientes, se demostró que la mayor frecuencia de edades es de 20-21 años correspondiente al 46,2% lo cual difiere del estudio realizado por Espada cuyas edades eran entre 13 y 17 años (8), al igual que el de Sánchez-Meneses con una media 16,9 años como edad promedio (9), y al de Silva-Fhon con edades entre 14-19 años (33,9%) (10).

Con respecto a la ocupación/nivel de instrucción se encontró que el 58, 5% son estudiantes universitarias, con estudios de educación superior incompleto, difiere de los estudios de Espada cuyas individuos, 100% eran estudiantes de educación media (8), al igual que al de Sánchez-Meneses con 56% (9), y al de Silva-Fhon, 90,6% (9).

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes, se demostró que la mayor frecuencia de edad de inicio de la vida sexual está entre las edades 16-18 años (75,7%), lo que no se evidencia en el estudio de Espada (8); difiere al estudio de Sánchez-Meneses cuya edad promedio es de 15.1 ± 1.4 años (9) y al de Silva-Fhon cuya edad con mayor frecuencia fue entre 14-16 años para un 56.3% (10).

Con respecto al número de parejas sexuales, la mayor frecuencia tenían 2 parejas sexuales para 56,1%; esto difiere al estudio de Silva-Fhon cuya mayor frecuencia fue 1 sola pareja, 58.7% (10).

El número de gestaciones más frecuente encontrado fue de 1 embarazo, 36,9% y de estos nacieron por cesárea 7,3%, correspondiente a 3 casos.

Encontramos con respecto a los métodos anticonceptivos utilizados que la mayor frecuencia, el 80,5%, utilizan dos métodos a

la vez, la mayoría de estos no utiliza el condón o profiláctico de forma regular y utilizan interrupción del coito como pauta anticonceptiva. Solamente el 19,5% utiliza condón, lo cual difiere del estudio de Sánchez-Meneses con 65.2% de uso de condón (9) y al de Silva-Fhon cuya mayor frecuencia del uso de condón fue de 59.1% (10).

Al determinar los hallazgos clínicos encontrados en las pacientes se demostró que coexistían dos variables a la vez con una frecuencia mayor de infecciones vaginales con 63,4%, con embarazo el 48,8% y con lesiones cervicales el 22,0%.

Con respecto a los datos encontrados al correlacionar el nivel de instrucción de las pacientes y los hallazgos de ITS encontrados, se demostró si existe una correlación entre las dos variables ya que el nivel de significancia de Pearson $>0,05$ dando un resultado de 0,035.

CONCLUSIÓN

Se demostró de acuerdo a los objetivos del estudio que fueron planteados, que existe una relación significativa entre las jóvenes que cursan estudios de educación superior incompleta y la presencia de infecciones de transmisión sexual en las pacientes con vida sexual activa superior a las pacientes que se embarazaron, evidenciando así que las jóvenes se protegen de quedar embarazadas pero no le dan importancia al riesgo de contraer ITS. De la misma forma se evidenció que los jóvenes venezolanos similar a otros países de Latinoamérica aunque en diferentes porcentajes, no utilizan siempre el condón para prevención de ITS. Las instituciones venezolanas de educación media y superior deben plantearse y elaborar otras estrategias de mayor impacto en los jóvenes para hacer comprender la información sobre la prevención de ITS.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2013. [Consultado 20 de octubre de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
2. Bankowski B, Hearne A, Lambrou N, Fox H, Wallach E.

Infecciones del Aparato Genital, Carolyn J. Alexander y Jeffrey Smith, Department of Gynecology and Obstetrics Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore, Maryland. Capítulo 24, 2015: 296 – 309.

3. Organización Mundial de la Salud OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS)- IntraMed 2013 [Consultado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: www.intramed.net/ira.asp?contenidoID=80399.
4. Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. 2007 [Consultado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43773/1/9789243563473_spa.pdf
5. Anuario de Morbilidad 2011. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. [Consultado 25 de octubre de 2017] Disponible en: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Morbilidad-2011.pdf>
6. OMS. Desarrollo en la adolescencia. [Consultado 4 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
7. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Ciencias Sociales y Humanas. UNESCO. <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/youth/about-youth/>
8. Espada J, Guillén- Riquelme A, Morales A, Orgilés M, Sierra J. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. [Consultado el 21 de octubre de 2017] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001322>
9. Sánchez-Meneses M, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. [Consultado el 20 de octubre de 2017] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630044X>
10. Silva-Fhon J, Andrade-Iraola K, Palacios-Vallejos E, Rojas-Huayta V, Mendonça-Júnior J. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual

entre adolescentes mujeres. [Consultado el 20 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314709261>

11. Reyes A. Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. Centro de Investigación de Análisis Docente Asistencial del Núcleo Aragua (CIADANA). Facultad de Ciencias de la Salud. Sede Aragua. Universidad de Carabobo. Venezuela. [Consultado el 23 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3757/375749517008/>
12. Arias F. El Proyecto de Investigación (3era Edición) Caracas: Editorial Episteme. 2006.
13. Baptista T. Acreditación como médico especialista. Guías básicas para elaborar el proyecto de tesis. Universidad de Los Andes. Colección Textos Universitarios. 2007.

ESTRATEGIAS DOCENTES PARA LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN ESCOLARES

María Karina Arvelo

RESUMEN

Hoy día existe la posibilidad de que los maestros puedan enfrentar situaciones relacionadas con el consumo de drogas en ciertos escolares por lo que se sugiere estar instruido para manejar esta situación. *Objetivo:* Conocer las estrategias docentes para la reducción de la demanda de drogas en escolares utilizadas por los profesores universitarios adscritos a la coordinación de Educación Integral de la Universidad de Carabobo. *Materiales y Métodos:* El presente estudio se fundamenta en una investigación de campo, descriptiva, no experimental. La población estuvo conformada por ocho (08) profesores del Departamento de Educación Integral de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo. La muestra fue de tipo censal, por lo cual se utilizó el universo completo. Se les aplicó un cuestionario tipo escala Likert, los datos recolectados fueron presentados en tablas de distribución de frecuencias absolutas y porcentajes. *Resultados:* 50% de los docentes a veces se preparan con información actualizada, 62,5% a veces planifican estrategias motivadoras, 75% siempre planifican estrategias de evaluación, 62,5% a veces utilizan procesos creativos y aplican estrategias coinstruccionales, 50% a veces aplican estrategias preinstruccionales y creativas, 50% siempre aplican estrategias posinstruccionales, 62,5% siempre utilizan las calificaciones para valorar el rendimiento académico, 50% nunca incentivan a los estudiantes para que estén informados sobre el riesgo de consumo de droga escolar. *Conclusiones:* Se evidenció que los docentes utilizan pocas veces la planificación de estrategias en la problemática de las drogas en el ámbito escolar, dejando una brecha para la entrada del factor de riesgo escolar del consumo de drogas. Por ello, es importante incentivar a los docentes a utilizar esta herramienta que impulsen su rol protagónico en materia de prevención del consumo de drogas.

Palabras clave: Estrategias docente, Prevención en drogas, Reducción de la demanda de drogas.

INTRODUCCIÓN

Desde épocas muy remotas a nivel mundial, los seres humanos por diferentes motivos han recurrido al consumo de sustancias, identificadas como drogas para alterar el estado de ánimo y el comportamiento. Las drogas han sido usadas por diferentes razones, religiosas, medicinales, recreativas, existenciales, entre otras. El consumo de drogas se ha constituido en grandes problemas del mundo y en los últimos años han alcanzado nuevas características y diversas formas que se convierten en una amenaza para el adecuado desarrollo individual. Por ende, es catalogado como un problema de salud pública de diversas etiologías. (1)

El consumo de drogas en la actualidad se ha transformado y desviado su utilización. Actualmente, este desvío del consumo se presenta como un problema multicausal por la diversidad de factores que interviene en su aparición y desarrollo, además de ser un fenómeno colectivo relativamente permanente y con graves implicaciones para la salud individual, familiar, comunitaria, entre otras. (2)

Pues bien, el consumo de drogas es un problema grave que va en ascenso, que afecta al colectivo y que no distingue raza, sexo, ni escala social y por supuesto, ningún país. Venezuela no escapa de esta realidad, el problema de las drogas dejó de ser extraño y ajeno en el país. Así lo afirma Azuaje (3) al señalar que en nuestro país el consumo de droga se encuentra muy difundido, no solamente en grandes ciudades, sino también en los pueblos y caseríos más apartados que no escapada a este fenómeno.

La situación del consumo en el país es razonada como un fenómeno en progresión y multicausal que va de la mano con el tráfico. En el caso de Venezuela, hay que considerar la realidad geográfica, ya que por su condición de ser frontera facilita el transporte y comercialización de las drogas, asimismo, la considerable frontera marítima hacia los países del caribe conforma un poderoso puente para el transporte de drogas para los diferentes destinos en el mundo. En este sentido, Salazar (4) señala que su situación geográfica brinda la oportunidad para la entronización de la industria transnacional de las drogas. Posee un territorio con escasa población ubicada en la amplia zona fronteriza con Colombia que brinda una excelente oportunidad para el transporte y comercialización de las drogas convertida en

mercancía proveniente del vecino país. Además, la inmensa frontera marítima hacia los países del caribe conforma un poderoso aliciente para el transporte de drogas, especialmente hacia Estados Unidos y Europa. La disponibilidad de la droga en el país incita al consumo.

De ahí que el país tiene una alta posibilidad de alternativas para el tráfico ilegal de las drogas, que a pesar del esfuerzo de las autoridades, quedan cortos ante las operaciones de narcotráfico; estas organizaciones buscan nuevas rutas de transporte, personas y generan nuevas formas de operar y en el transcurso de el tiempo emergen también estrategias renovadas por parte de estas organizaciones que benefician e incrementan su poder, golpeando abruptamente a todos los ámbitos de desarrollo social, familia, comunidades e instituciones educativas.

De acuerdo con la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) para el año 2007 de los pacientes que acuden a los centros de tratamiento y rehabilitación en materia de drogas, el 49% se ubica entre 15 y 29 años de edad, siendo la edad de inicio aproximadamente en 8 años, aunado a que el 2,4% de los pacientes con problema de consumo se ubican la edad de 8 años, siendo preocupante esta situación. Al analizar las estadísticas reportada por la se observa que el mayor objetivo de estas organizaciones se enfocan principalmente en los grupos vulnerables como lo son los niños y niñas. (5)

En este orden de ideas, Trezza (6) menciona que entre los aspectos más preocupantes y alarmantes, es la edad de iniciación en el consumo de las drogas, ya que cada vez es más temprana y en donde los niños y las niñas en edad escolar no están eximidos. De allí que esta aseveración evidencia una realidad concreta y latente, existe una necesidad en trabajar en la implementación de estrategias preventivas para la edad escolar, como elemento en la reducción de la demanda de drogas y de protección a nuestros niños, como entes más vulnerables de nuestra sociedad y futuros ciudadanos que conforman las familias, las comunidades y diversos ámbitos del país.

En este sentido, Azuaje (3) señala que cuando queremos proteger la parte más sensible de la sociedad, ayudamos al niño: Muchos lo consideran que es así, sembrando la educación, porque nunca se acaba, lo material sí. Los niños hay que educarlos y alimentarlos a objeto de que tengan recursos para progresar y lograr metas en la vida. Con las drogas estamos amenazados de inmensos peligros

que comprometen la felicidad y el futuro.

Tomando en cuenta lo antes mencionado se considera que los niñas y niños representan el futuro de nuestra sociedad, por que los educadores tienen un rol fundamental ya que el problema de las drogas no puede ser ignorado por ellos, razón por la cual los maestros deben prepararse ante esta realidad que los hacen corresponsables desde cada escenario de acción. En consecuencia, hay que preparar a profesores y maestros sobre la verdad de las drogas a objeto de que estos docentes hagan exposiciones normales y corrientes en los salones de clases, para que no sigan siendo materia exclusiva de especialista. (3)

Es por ello, que la información sobre la problemática de la drogas sea una instrucción cotidiana, extendido desde lo individual a lo popular, habitual y universal que contribuyan a la reducción de la demanda de drogas, para formar ciudadanos fortalecidos frente al riesgo de consumo de drogas. Estos riesgos pueden ser reducidos al fortalecer los factores protectores estando consciente que al estar bien informado en esta materia, el primer beneficiado es el educador, brindando protección individual, familiar y escolar, por lo que los docentes están llamados a cumplir con este compromiso. Como señala Santana (7), ser educador requiere hoy en día un alto sentido de compromiso con la humanidad. Ser educador supone estar consciente de que una parte del destino está en nuestra manos y depende de lo que pensamos, valoramos, decimos, sentimos y hacemos".

El papel del educador implica un compromiso con el educando, estar consciente de su rol cada día, como agente de cambio. Hoy día se evidencia por medio de la oficina nacional antidroga (ONA) y el Centro de Estudios del Problema de la Droga de la Universidad de Carabobo (CEPRODUC) muchos educadores en diversas comunidades se están capacitando en programa de prevención integral en reducción de la demanda de drogas e incluso existen programas de asistencia obligatoria por exigencias de zonas educativas para diversos planteles de zonas vulnerables de consumo de drogas.

Sin embargo, se evidencia cuando se visita el campo educativo laboral comunitario de diversos sectores del estado y del país propiamente dicho, la forma alarmante de carencia de información en prevención de drogas bien llamado reducción de la demanda de drogas por la Oficina Nacional Antidrogas (ONA); tanto de partes

de los maestros como de los escolares. Fuentes directas realizadas por técnicas de grupo focal e instrumentos aplicados por dichas instituciones anexas para el abordaje laboral educativo de diversas investigaciones realizadas por estas mismas instituciones.

Evidenciando también que ciertos docentes son egresados de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo y en otras oportunidades en conversaciones cotidianas de diversos ámbitos universitarios de esta misma casa de estudio tales como consultas medicas, aulas de clases e incluso reuniones sociales se observa que manifiestan no manejar la temática en la prevención en materia de drogas y en este contexto los profesores que hacen vida en la misma dependencia revela de manera verbal querer aumentar sus conocimientos en el tema.

Se hace cada vez más imperativo que las universidades participen activamente en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas e involucrar a los docentes en el manejo y prevención de esta problemática para que sean multiplicadores y agente de cambio dentro y fuera del aula. Por esta razón, el presente trabajo propone una serie de alternativas, factibles, prácticas y realistas dirigidas a la reducción de la demanda de drogas en el medio educativo, pertinentes para la carrera de educación.

En cuanto a los estudios consultados, destaca el realizado por González en el 2011 sobre estrategias de aprendizaje de apoyo para el desempeño académico en Matemática de los Estudiantes de 9º Grado, con el propósito de orientar al estudiante de matemática y con la ayuda del docente para fortalecer el uso de su ingenio y creatividad y así lograr el aprendizaje significativo en el estudiante, y a su vez ser agente de cambio en el proceso educativo. (8)

Por su parte, Peña en el 2010 sobre la Información de los Maestros de Primaria sobre Factores de Riesgo y Protección Escolar en Prevención del Consumo de Drogas en el Colegio Santa Rosa, el cual arrojó que 60% que nunca se observa en la cotidianidad un modelaje negativo, 40% sostiene que es común ver un docente fumando o consumiendo alcohol, 80% indica que los docentes no asumen un papel claro ante el problema de las drogas. Por lo que se concluyó que existe un desconocimiento del maestro en relación a los factores de riesgo para el consumo de drogas. (9)

Castro y Valecillo realizaron en el 2008 un estudio titulado Software Educativo para la reducción de la demanda de Drogas dirigido a Escolares de I Etapa de Educación Básica, donde señalan que el Software podrá convertirse en una herramienta pedagógica, apoyada en la telemática el contenido pueda llegar de manera directa a sus usuarios que promocióne salud y prevención de consumo de drogas. (10)

La presente investigación tiene como objetivo general conocer las estrategias docentes para la reducción de la demanda de drogas en escolares utilizadas por los profesores universitarios adscritos a la coordinación de Educación Integral de la Universidad de Carabobo. De igual manera, se espera identificar las estrategias docentes para la reducción de la demanda de drogas en escolares que aplican los profesores universitarios adscritos a la coordinación Educación Integral de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo y analizar las estrategias pedagógicas para la reducción de la demanda de drogas en escolares.

Cabe resaltar que el consumo de drogas es un problema grave que va en aumento, es descrito como un problema de salud pública de muchas causas que afecta al colectivo y que no distingue raza, sexo, ni escala social y por supuesto existe la vulnerabilidad para los niñas y niños en edad escolar enmarcados en este estudios como escolares, ellos no escapan de estar en riesgo para el consumo de drogas ya que hay ciertas circunstancia de origen individual, familiar, comunitario en si sociales pueden presentarse acarreando problemas que lo lleven a entrar al mundo de las drogas.

En los escolares es fundamental la prevención integral en el área de drogas, llamada actualmente por la oficina nacional antidroga (ONA) reducción de la demanda de drogas, ya que la escuela o ámbito educativo es de suma importancia junto a la familia, el rol protagónico de la prevención. Frente a esta realidad, el o la docente debe estar consciente de que es un agente transformador y propulsor de cambio, donde todas las etapas de educación, son sensibles ante la problemática del consumo de drogas, frente al sentido de vida. Reflexionar acerca del sentido de la vida y la educación debe contribuir a que nuestras acciones cotidianas sean menos insulsas y más constructivas. La pervivencia digna de la humanidad depende de las orientaciones educativas que reciban niños y jóvenes. (5)

El presente estudio será un pilar fundamental en otros estudios que guarden relación con el tema de la reducción de la demanda de las drogas en escolares, consciente de las estrategias educativas más acordes y factibles para que se aborde la temática de una manera creativa y permanente.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se fundamenta en una investigación de campo, descriptiva, no experimental. La población estuvo conformada por ocho (08) profesores del Departamento de Educación Integral de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo. La muestra fue de tipo censal, por lo cual se utilizó el universo completo. (12)

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento tipo cuestionario elaborado por la autora basado en las variables del estudio, estructurado en dos partes: la primera parte contiene ítems relativos a los datos demográficos de la muestra. La segunda parte contentiva de ítems destinados a determinar las estrategias docentes sobre la reducción de la demanda de drogas. La validación del instrumento en esta investigación se realizó a través de la opinión de expertos para lo cual se eligieron docentes con conocimientos sobre el tema en estudio. Se midió la confiabilidad del instrumento mediante la aplicación de Alfa de Cronbach, cuyo resultado fue de 0,82 lo que indica que al aplicar el instrumento varias veces a un mismo grupo en condiciones similares se observarán resultados parecidos en la primera y segunda vez en grado Alto. (13-15)

Los datos recolectados fueron realizados con el software estadístico SPSS 22. Las variables fueron presentadas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. (16)

RESULTADOS

En el estudio realizado en 8 profesores para indagar sobre estrategias docentes para la reducción del riesgo del consumo de drogas escolar, se observó que el 50% de la muestra (4) a veces se prepara con información actualizada sobre la prevención de drogas

escolar; mientras que el 37,5% (3) no se prepara y el 12,5% (1) siempre se prepara.

El 62,5% (5) a veces planifican estrategias que motivan al estudiante a participar dentro del aula de clases sobre la prevención de drogas escolar; mientras que el 25% (2) nunca planifica y el 12,5% (1) siempre planifican.

El 75% (6) siempre planifican estrategias para evaluar el contenido de prevención de droga escolar; mientras que el 12,5% (1) nunca planifica y el 12,5% (1) planifica a veces.

El 75% (6) a veces utilizan procesos creativos para que los estudiantes identifiquen la situación actual sobre la problemática de las drogas; mientras que el 25% (1) nunca los utiliza y el 12,5% (1) siempre los utiliza.

El 50% (4) a veces aplican estrategias preinstruccionales que capten la atención de los estudiantes ante la información nueva sobre los factores de riesgo escolar; mientras que el 37,5 % (3) nunca las aplican y el 12,5% (1) siempre las aplican.

El 50% (4) a veces emplean estrategias creativas para que los estudiantes identifiquen los indicadores de consumo de drogas escolar; mientras que el 37,5% (3) siempre las emplean y el 12,5% (1) nunca las emplean.

El 62,5% (5) a veces aplican estrategias coinstruccionales, que apoyen los contenidos en la prevención del consumo de drogas escolar; mientras que el 25% (2) nunca las aplican y el 12,5% (1) siempre las aplican.

El 50% (4) siempre aplican estrategias posinstruccionales, al finalizar la clase para que los estudiantes fijen los contenidos vistos en clase sobre la prevención de drogas escolar; mientras que el 37,5% (3) a veces las aplican y el 12,5% (1) nunca las aplican.

El 62,5% (5) siempre utilizan las calificaciones para valorar el rendimiento académico del estudiante sobre el contenido visto en clase sobre la prevención de drogas escolar; mientras que el 25% (2) a veces las utilizan y el 12,50% (1) nunca las utilizan.

El 50% (5) nunca incentivan a los estudiantes para que estén informados sobre el riesgo de consumo de droga escolar; mientras que el 37,5% (2) a veces los incentivan y el 12,5% (1) siempre los incentivan. (Tabla 1)

TABLA 1. Información Y Planificación

ÍTEMS	Siempre		A Veces		Nunca	
	f	%	f	%	f	%
1. Se prepara con información actualizada sobre la prevención de drogas en escolares	1	12,5	4	50,0	3	37,5
2. Planifica estrategias que motivan al estudiante a participar dentro del aula de clases sobre la prevención de drogas escolar.	1	12,5	5	62,5	2	25,0
3. Planifica estrategias para evaluar el contenido de prevención de droga escolar.	6	75,0	1	12,5	1	12,5
4. Utiliza procesos creativos para que los estudiantes identifiquen la situación actual sobre la problemática de las drogas.	1	12,5	5	62,5	2	25,0
5. Aplica estrategias preinstruccionales, que capten la atención de los estudiantes ante la información nueva sobre los factores de riesgo escolar.	1	12,5	4	50,0	3	37,5
6. Emplean estrategias creativas para que los estudiantes identifiquen los indicadores de consumo de drogas escolar.	3	37,5	4	50,0	1	12,5
7. Aplica estrategias coinstruccionales, que apoyen los contenidos en la prevención del consumo de drogas escolar.	1	12,5	5	62,5	2	25,0
8. Aplica estrategias posinstruccionales, al finalizar la clase para que los estudiantes fijen los contenidos vistos en clase sobre la prevención de drogas escolar.	4	50,0	3	37,5	1	12,5
9. Utiliza las calificaciones para valorar el rendimiento académico del estudiante sobre el contenido visto en clase sobre la prevención de drogas escolar.	5	62,5	2	25,0	1	12,5
10. Incentiva a los estudiantes para que estén informados sobre el riesgo de consumo de droga escolar.	1	12,5	3	37,5	4	50,0

Fuente: Datos propios de la Investigación.

DISCUSIÓN

En el cuestionario aplicado a los docentes de la Escuela de Educación Integral de la Facultad de Educación de la Universidad de Carabobo, se evidencia que son pocos los que se preparan con información actualizada en prevención de drogas. De igual manera pocas veces planifican estrategias en la misma temática. coincidiendo con el estudio realizado por González (8) donde los profesores a veces planifican las estrategias. Se observa que la muestra asegura planificar estrategias para evaluar el contenido de prevención de droga escolar.

En cuanto a la utilización de procesos y estrategias creativas para que los estudiantes identifiquen la situación actual sobre la problemática de las drogas e identifiquen los indicadores de consumo de drogas escolar, los datos arrojan que lo utilizan a veces.

En las estrategias preinstruccionales y coinstruccionales, se relacionan el resultado debido a que en ambos casos arroja que es utilizada a veces, de una manera curiosa, las estrategias postinstruccionales evidencian que siempre son utilizadas por los docentes.

Esto difiere del estudio realizado por Castro y Valecillo (10), donde los se utiliza el software educativo como herramienta pedagógica para tener mayor alcance en promoción de la salud y prevención del consumo de drogas a los usuarios.

Ante lo expresado se puede inferir que los docentes, de una manera concreta, no siempre brindan estrategias de prevención en droga, por lo que deja una brecha para el aumento del factor de riesgo en consumo en el ámbito escolar, tal como lo plantea Díaz y Hernández (17) quienes señalan: “Es evidente que el estudiante no construye el conocimiento en solitario, sino gracias a la medición de los otros y en un momento y contexto cultural particular. En el ámbito de la institución educativa, esos “otros”, son de manera sobresaliente, el docente y los compañeros del aula”.

Por otra parte, Peña (10) señala que “es común ver un docente fumando o consumiendo alcohol, lo que significa un riesgo de consumo en los niños que aprenden muchos de sus hábitos y actitudes por imitación o simple moda, lo cual no es coherente con lo que debe enseñar el maestro en cuanto a la promoción de la salud y estilos de vida saludable”, lo que indica que los docentes no asumen un papel claro ante el problema de las drogas.

Al respecto, Navarro et al (2) afirma que “El medio educativo, es el lugar donde las personas, desde la infancia adquieren por imitación, mimetismo o simple moda, muchos de sus hábitos y actitudes, los cuales pueden representar un riesgo para el consumo de drogas. La ausencia de control y responsabilidad por parte del docente, hace que se construyan actitudes favorables al consumo de drogas en este medio”.

No obstante, Santrock (18) señala que “el aprendizaje es un cambio relativamente permanente en la conducta que ocurre a través de la

experiencia. El aprendizaje por observación es un aprendizaje que se adquiere al ver lo que otra gente hace. El aprendizaje asociativo, se hace una conexión entre dos eventos. El condicionamiento es el proceso por el cual ocurre el aprendizaje asociativo”.

Por lo anterior, la presente investigación, propone un plan de estrategias docentes para la reducción del riesgo del consumo de drogas escolar, lo que permitirá a los profesores universitarios adscritos a la mención Educación Integral de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo contar con una herramienta que les permitirá abordar en la institución la problemática del consumo de las drogas y concientizar a los estudiantes en la problemática del consumo de las drogas y como cada uno de ellos puede desde su perspectiva y su ámbito ser un agente transformador de esa realidad y propulsor de la prevención y abordaje en la comunidad dando a conocer los factores que inciden en la problemática y como desde su competencia obtener beneficios para un estilo de vida saludable.

CONCLUSIONES

En cuanto al manejo de estrategias docentes para la reducción del riesgo del consumo de drogas escolar, se puede constatar que un gran porcentaje de los profesores universitario adscrito a la coordinación de educación integral discurren que no preparan información actualizada sobre la prevención de drogas a su vez se evidenció que no planifican estrategias que motivan al estudiante a la participación lo que constituye una gran debilidad repercutiendo en el riesgo para el consumo de drogas en los escolares que un momento determinado, sus estudiantes en este caso los futuros maestros para la etapa de edad escolar o bien conocida como educación integral serán los responsables de impartir enseñanzas.

A su vez los docentes no tienen muy claro los procesos creativos para identificar la problemática de las drogas, los que le dificultan aplicar estrategias preinstruccionales que capten la atención de los estudiantes así como también las estrategias creativas, coinstruccionales, postinstruccionales mostrando que existe poco conocimiento en los docentes en cuanto al manejo de estrategia en la prevención de drogas en la edad escolar. Así mismo, los docentes

universitarios afirmaron que valoran el rendimiento académico de los estudiantes, acerca de la prevención de drogas por medio de la calificación.

En cuanto al incentivo que dan los docentes universitarios a los estudiantes para estar informado sobre el riesgo de consumo de drogas se puede considerar que es bajo ya que se demuestra que un gran porcentaje no lo hacen, concluyendo que existen factores de riesgo en edad escolar se reflexiona que es pertinente la propuesta de estrategias docentes para la reducción de la demanda de drogas ya que representa una gran oportunidad para que los docentes conozcan sobre las estrategias más pertinentes para manejar esta situación.

Por ello, se recomienda aplicar estrategias instruccionales para que los estudiantes fijen los contenidos vistos en clase sobre la prevención de drogas escolar; planificar estrategias que motiven a los estudiantes a participar dentro del aula de clase sobre la prevención de drogas escolar; e incentivar a los estudiantes para que estén informados y actualizados sobre el factor de protección y riesgo del consumo de droga escolar.

REFERENCIAS

1. Escalona C. Las Drogas Psicotrópicas y Estupefaciente. Valencia-Venezuela. 1era edición. Alfa Impresores, C.A. 2001.
2. Navarro M, Medinas, V. Arvelo, M. Rodríguez, A. Romero, P. y Vargas, I. Promotores para la Vida, Manual del Facilitador. (Primera Edic.) Valencia Venezuela. Dirección de Medios y Publicaciones Universidad de Carabobo. 2008.
3. Azuaje M. El niño y las drogas. Talleres Gráficos de Editorial Volumen, S.R.L. Caracas – Venezuela. 2005.
4. Salazar M. Aproximación Histórica sobre el Consumo de Drogas en Venezuela. [Documento en base electrónica] Dikaiosyne N° 16. Revista de filosofía práctica Universidad de los Andes. Mérida – Venezuela. 2006.
5. oficina Nacional Antidrogas (ONA). Guía práctica de prevención del consumo del alcohol, tabaco y otras drogas. Caracas-Venezuela. Inversiones Mundo Editorial C.A. (2007).
6. Trezza F. Las drogas está en la calle y mi hijo también. Guía para prevenir la Farmacodependencia desde la familia y la escuela.

- C.A. Editorial El Nacional. Caracas – Venezuela. 2008.
7. Santana L. Ética y Docencia. (Serie Azul. Segunda Etapa) Caracas, Venezuela. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, FEDUPEL. 2000.
 8. González M. Propuesta de Estrategias de Aprendizaje de Apoyo para el Desempeño Académico en Matemática de los Estudiantes de 9º Grado de la Tercera Etapa de Educación Básica de la UE. Anexo “Crispín Pérez”. Trabajo de Maestría. Universidad de Carabobo. 2011.
 9. Peña K. Información de los Maestros de Primaria sobre Factores de Riesgo y Protección Escolar en Prevención del Consumo Drogas en el Colegio Santa Rosa. Proyecto de Grado. Universidad de Carabobo. 2010.
 10. Castro D y Valecillo S. Software Educativo para la Reducción de la Demanda de Drogas dirigido a Escolares de I Etapa de Educación Básica. Trabajo de grado. Escuela de enfermería Universidad de Carabobo. 2008.
 11. Hurtado J. Metodología de la Investigación Guía para la comprensión holística de la ciencia. Ediciones Quirón S.A. Editado por Ciea-Sypal. Cuarta Edición. Caracas- Venezuela. 2012.
 12. Palella S. y Martins F. Metodología de la Investigación Cuantitativa. Fedupel. Venezuela. 3era Edición. 2012.
 13. Arias F. El Proyecto de Investigación (5ta Edición) Caracas: Editorial Episteme. 2012.
 14. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Editorial McGraw Hill. 6ta. Edición. 2008.
 15. Balestrini M. Como Elaborar el Proyecto de Investigación. BL Consultores Asociados: Servicios Editorial. Séptima Edición. Caracas- Venezuela. 2006.
 16. Sabino C. Cómo elaborar una tesis y elaborar todo tipo de escritos. Bogotá: Panamericana. 2009.
 17. Díaz-Barriga F. y Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: Una interpretación constructivista. México. McGraw Hill. 2003.
 18. Santrock J. Desarrollo infantil. Undécima edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. 2007.

IDEOLOGÍA Y POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

Jesús Argenis Villarreal, Jesús Antonio Villarreal
Yralí Valentina Palacios

RESUMEN

Introducción: Se presentan de manera concreta, diversas reflexiones relativas a la relación entre la Ideología y las Políticas de Salud Pública, aspectos como: Definiciones; Significados y características del término Ideología; Connotaciones; Clasificaciones según los criterios de Ideología Cognitivo-Crítica, Político-Crítica, Política-Neutra y Semiótica-Neutra; La Ideología y la Salud Pública; Movimientos ideológicos históricos en la Salud Pública; Policía Médica; Medicina Social; Salud Pública; Medicina Preventiva; Salud Comunitaria; Salud Colectiva; Las ideas de la Nueva Salud Pública. *Análisis-Disertación:* Los autores comprenden que la Ideología es quizás uno de los conceptos más ambiguos y difíciles de discernir en las ciencias sociales, esto se debe no sólo por la variedad de enfoques teóricos que le asignan diferentes significados y funciones a la expresión, sino también porque es un concepto fuertemente cargado de connotaciones políticas, así como también, diversas acepciones que son ampliamente utilizadas en la vida cotidiana con los más desiguales significados. Se reconocen, en el ámbito nacional e internacional problemas en la definición, diseño y ejecución de prácticas efectivas de Salud Pública, unos aspectos que se mencionan son la influencia de la ideología y del contexto internacional de globalización económica y cultural. *Conclusión:* El estudio de las ideologías relativas a la salud mundial no puede ser más un esquema que no abarca total y exactamente los marcos más complejos y dinámicos de la realidad. Hoy en día, existen estas ideologías en diversas formas e impactan las intervenciones, los procesos sociales relativos a la salud y motivan la financiación de los mismos.

Palabras clave: Ideología, Salud Pública, Política.

INTRODUCCIÓN

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE) indica que la expresión Ideología tiene dos connotaciones, una es identificarla como “doctrina filosófica centrada en el estudio del origen de las ideas”, y la otra como un “conjunto de ideas fundamentales que caracteriza el pensamiento de una persona, colectividad o época, de un movimiento cultural, religioso o político, etc.”. (1).

En este sentido, ambas connotaciones tienen en común su referencia y enfoque en las ideas, tanto como una disciplina que se ocupa de estudiar su génesis (¿de dónde vienen?, ¿cómo se originaron?, ¿cómo fueron agrupadas y organizadas?), y como reservorio de doctrinas sustentadas y utilizadas por personas o grupos de personas como parte de su pensamiento (¿Cómo y para qué se utilizan?).

Cabe destacar, que la definición de Ideología se produjo a finales del siglo XVIII (1796-1798) en el Institut national des sciences et des arts en las lecciones dictadas por Antoine Louis Claude, conde Destutt de Tracy, quien definió la Ideología como la ciencia de las ideas, con el objeto de crear una ciencia natural y empírica que la estudiara, su definición se encuentra en una posición enfrentada a las concepciones metafísicas y filosóficas precedentes que pretendían extender una concepción racional y empírica a los fenómenos humanos. (2).

Posteriormente, el vocablo Ideología adquiere variadas connotaciones, tal como indica Ariño (3), la Ideología es:

- Ideas ilusorias.
- Ideas abstractas.
- Ideas falsas.
- Nombre de los grandes sistemas modernos y laicos de interpretar el mundo tales como: liberalismo, comunismo, nacionalismo y otros.
- Sistemas de creencias que legitiman relaciones de dominación tales como: darwinismo social, capitalismo, patriarcado, racismo y otros.
- Conjunto de ideas de un grupo social.
- Repertorio o gama de ideas de un grupo particular.

También indica ese autor recién citado, que en gran parte, el término Ideología ha sido suplantado por otros que se refieren a

ese tema: sociología del conocimiento o epistemología. Incluso la acepción de la expresión ideólogo no se aplica a un estudioso de este campo sino a las personas que producen y propagan de ideas para orientar, gobernar o controlar la vida de las gentes.

Es por ello, que la Ideología es quizás uno de los conceptos más ambiguos y difíciles de discernir que se pueden encontrar en las ciencias sociales, esto se debe no sólo por la variedad de enfoques teóricos que le asignan diferentes significados y funciones a la expresión, sino también porque es un concepto fuertemente cargado de connotaciones políticas. Influye también que sus diversas acepciones sean ampliamente utilizadas en la vida cotidiana con las más desiguales significaciones.

Es importante señalar, que las diferentes acepciones del término Ideología no son compatibles entre sí ya que son antagónicos e incompatibles aunque todos coinciden en considerar que la Ideología no es de índole individual, sino grupal pero que se expresa en y por las personas; Ariño (4) categoriza las diferentes acepciones en cuatro clases.

En consecuencia, y para mayor claridad sobre su significado, los autores de este ensayo han elaborado el siguiente cuadro donde presentan las cuatro clasificaciones de Ideología (Cognitivo-Crítica, Político-Crítica, Política-Neutra y Semiótica-Neutra), según los expresa Ariño (5), acompañadas de los comentarios pertinentes resultado del análisis que considera la definición, significados y características de cada una.

Comenta Ariño (5) que al final del análisis del vocablo Ideología quedan dos opciones, una relacionada con la aceptación de la pluralidad de los significados y acepciones del término, y la otra la escogencia de una de las cuatro clasificaciones en base a una argumentación bien fundamentada.

Ahora bien, una interrogante interesante es la planteada por Edgar Morín al inquirir en el tema de ¿cómo se relacionan las diferentes definiciones de Ideología coexistentes y contemporáneas?; según su razonamiento, “las Ideologías que se sitúan en campos diferentes de competencia se ignoran. Las que cubren un mismo campo se oponen. Las que comportan en sí una concepción del mundo son incompatibles entre sí, y sus conflictos son feroces” (6).

Otro aspecto importante a tomar en cuenta, es la cuestión de si

IDEOLOGÍA			
	DEFINICIÓN	SEGNIFICADO	CARACTERÍSTICAS
Cognitivo-Crítica	La Ideología consiste en un sistema de creencias falsas. Basada en una <i>distinción positivista</i> entre realidad e ideas, entre ciencia y creencias, conocimiento verdadero y prejuicios. En el marxismo la Ideología supone una <i>ocultación de las contradicciones</i> existentes en la vida real: “capitalistas y trabajadores”.	<i>Karl Marx</i>: son aquellas ideas que distorsionan la realidad con un propósito que finalmente sirve para justificar la vida miserable de la mayoría de las personas. <i>Edgar Morín</i>: son sistemas de ideas doctrinarias, absolutas, con un componente mítico: fascismo, marxismo, cristianismo, Ideología democrática, racionalista, industrial o nacionalista.	Estas Ideologías deben ser capaces de movilizar un gran número de gentes durante cierto tiempo, para ello es necesario que sean: - Plausibles. - Congruentes con la evidencia. - Con coherencia interna. El propio conocimiento científico y la técnica, operan como Ideologías al servicio de la dominación.
	La Ideología es un sistema de ideas que sirve para justificar la dominación. Tiene fundamento en la función social que realiza: instrumenta las ideas para legitimar las relaciones de desigualdad social. Puede servir para la manipulación y el control social.	<i>Gaetano Mosca</i>: toda clase gobernante tiende a justificar su <i>poder de hecho</i> apoyándose en un principio moral de carácter general, pero además, en la época contemporánea, ésta pretensión se ha tratado de sustentar en fundamentos científicos.	La sociedad se concibe como una <i>estructura objetiva</i> con un reparto desigual de los recursos debido a las relaciones de dominación. El control social no puede sostenerse de forma duradera mediante la violencia física, se necesitan <i>mediaciones culturales</i> para producir conformidad y consentimiento. Una forma de operar esta Ideología es mediante: - La ocultación de las diferencias. - La unificación de formas heterogéneas de vida. -Des-historizando o naturalizando la identidad social.

	DEFINICIÓN	SEGNIFICADO	CARACTERÍSTICAS
Cognitivo-Crítica	La Ideología es una forma de legitimar el poder y constituir la identidad de grupo. Esta definición abandona cualquier connotación peyorativa y es normativamente indeterminada.	<i>Martín Seliger:</i> conjunto de ideas por las que los seres humanos <i>proponen, explican y justifican</i> fines y significados de una acción social organizada y específicamente de una acción política. <i>Van Dijk:</i> sistemas de creencias o representaciones sociales generales y abstractas, compartidas por un grupo, que controlan u organizan el conocimiento y las opiniones (actitudes) más específicas del grupo. Las Ideologías sirven a los grupos y a sus miembros en la organización y manejo de sus objetivos, prácticas sociales y toda su vida social cotidiana.	Lo importante no es el contenido del sistema de creencias, ni en su utilidad para las clases dominantes, sino más bien en su <i>sectorialidad, parcialidad o especificidad</i> (ámbito grupal). En la medida que un grupo se constituya mediante principios (una definición alternativa de ideas hechas propias), dicho principio dejará de ser socialmente común e invariable pasará a ser sectorial, grupal y específico (conformará una Ideología). Son Ideologías los sistemas de ideas que: - Legitiman la dominación. - Movilizan a las personas para configurar la sociedad. - Sirven, tanto a los intereses de los menos privilegiados como los más favorecidos.
Política-Crítica	La Ideología es una forma de producir sentido, una forma de conciencia.	<i>Clifford Geertz:</i> una Ideología busca dar sentido a situaciones sociales incomprensibles e interpretarlas de manera que sea posible obrar con significación dentro de/con ellas.	La Ideología consiste básicamente en imágenes, conceptos y premisas que proporcionan los marcos mediante los cuales representamos, interpretamos, comprendemos y producimos sentido en la existencia social. Son mapas de una realidad social problemática y matrices para crear una conciencia colectiva. Esta concepción no es valorativa, sino neutra y plenamente general.

Fuente: Villarreal (2016): Construcción basada en las ideas expresadas por Ariño (5).

la Ideología tiene un significado negativo o positivo. Por un lado, la Ideología puede ser concebida en términos eminentemente negativos como un concepto crítico que significa una forma de falsa conciencia o el engaño necesario que distorsiona de alguna manera la comprensión que el ser humano tiene de la realidad social para beneficiar a algunos.

Por otro lado, el concepto de Ideología puede ser concebido en términos positivos como la expresión de la visión del mundo de una clase o grupo social. En este sentido se puede hablar de Ideologías en plural, como las opiniones, teorías y actitudes formadas dentro de una clase con el fin de defender y promover sus intereses. Cada concepción cumplirá el cometido que los hablantes juzguen conveniente en su propio contexto.

Igualmente, la Ideología consiste básicamente en imágenes, conceptos y premisas que proporcionan los marcos mediante los cuales representamos, interpretamos, comprendemos y producimos sentido en la existencia social. Por consiguiente, la Ideología es una dimensión constitutiva de la sociedad y de la formación de la subjetividad humana.

A partir de este análisis, surge el argumento de si la Ideología es subjetiva y psicológica o, por el contrario, depende de factores objetivos. Si es subjetiva, entonces se concibe como una deformación de la conciencia, que no capta la realidad tal como es. Si es objetiva, será un engaño inducido por la propia realidad: no son las ideas que distorsionan la realidad, sino la realidad misma la que engaña a las ideas. Mientras que la visión subjetiva destaca el papel de los individuos, las clases y grupos en la producción de la Ideología, la visión objetiva ve la Ideología como la impregnación de la estructura básica de la sociedad donde actúa el sujeto.

Es conveniente destacar, que la Ideología impacta el sistema de creencias personales elaborado para hacer frente a las cuestiones morales y las relaciones sociales. Todos los seres humanos que funcionan adecuadamente operan de algún tipo de sistema de creencias, y éste establece los esquemas mentales que justifican los patrones de acción.

Es por ello, que los autores de este ensayo reconocen que el término Ideología se ha utilizado peyorativamente para connotar los sistemas de creencias que se consideran falsos o engañosos.

Especialmente en el caso de la perspectiva marxista, sin embargo, algunos investigadores usan la expresión con una valoración más neutra.

Justificación e importancia

La ideología es una dimensión importante e ineludible de la identidad cultural en la sociedad y tiene profundas influencias en el desarrollo de los diversos procesos socio-políticos y económicos que en ella ocurren, de esta realidad no escapa la Salud Pública a todos los niveles y en todos los contextos.

Es sentida, la ideología, como la parte principal de la estructura individual-grupal y la superestructura de la sociedad, se correlaciona de forma inherente a la economía política y los sistemas de salud pública.

ANÁLISIS/DISERTACIÓN

Ideología y Salud Pública

Se reconocen, en el ámbito nacional e internacional problemas en la definición, diseño y ejecución de prácticas efectivas de Salud Pública, un aspecto que se menciona es la influencia del contexto internacional de globalización económica y cultural. Pero, para la mejor comprensión del tema es necesario examinar los elementos históricos e institucionales que sustentan los diversos contenidos ideológicos de la denominada Salud Pública.

En este mismo orden, son mencionados por Almeida y Silva (7) los movimientos ideológicos históricos que construyeron el campo social de esta importante actividad:

- Policía Médica.
- Medicina Social.
- Salud Pública.
- Medicina Preventiva.
- Salud Comunitaria.
- Salud Colectiva.
- Las ideas de la Nueva Salud Pública.

Policía Médica

Explica Foucault (8) que en la segunda mitad del siglo XVIII comienza a impulsarse el concepto de salud en la Europa Occidental, estas ideas surgen del llamado “disciplinamiento de los cuerpos” y a las nacientes y necesarias intervenciones, persuasiones y obligaciones sobre la higiene de las personas. De allí nace la exigencia de la higiene personal delimitada con un conjunto de preceptos y normas de aplicación en el ámbito individual y con presencia social.

Así pues, esta realidad produjo un discurso ideológico fundamentado en razones morales referidas al logro y mantenimiento de la buena salud. (7); esto conduce las propuestas de la Política/ Policía Médica. Estas indicaciones implican la responsabilidad del Estado como definidor de Políticas, Leyes y Reglamentos referentes a la Salud en la esfera colectiva y actúan como agente fiscalizador de su aplicación social mediante prácticas concretas de salud. (7).

Medicina Social

Al respecto, Virchow (9), indica que a partir del año 1830 surge el planteamiento de la Medicina Social como respuesta a la comprensión de que las crisis sanitarias tienen importantes componentes político-sociales. Es importante esta realidad ya que se convirtió en una fuente de producción doctrinaria y conceptual; estas ideas proporcionan las bases para los subsiguientes esfuerzos de pensar sobre la realidad de la salud en la sociedad. (7).

Ahora bien, durante la Revolución de 1848 los médicos alemanes liberales de izquierda comenzaron a plantear las relaciones entre la enfermedad y la sociedad, primera ruptura que se autodenominó Medicina Social. Aunque esta relación problemática ya la había planteado el austriaco Johann Peter Frank en el año de 1781 cuando expresaba que: “El hambre y la enfermedad están pintadas sobre la frente de toda la clase trabajadora. Se las reconoce a primera vista. Y quien quiera las haya observado, no llamará a ninguna de estas personas un hombre libre”.

Se debe reconocer, que la medicina oficial está fuertemente marcada por la concepción universalista del saber médico construida desde las tradiciones ilustradas y positivistas, que no conciben que la

medicina occidental sea también el producto de una cultura.

Por cuanto, que los cambios sociales que comenzaron a producirse en América durante la década de los sesenta a consecuencia del impacto de la Revolución Cubana, exigieron una reorganización de la política y la economía interamericana que tuvo como consecuencia el comienzo de la utilización de las ciencias sociales como instrumentos de análisis para la formulación de los Planes de Desarrollo para los países americanos en el marco de la política de la Alianza para el Progreso.

Salud Pública

La definición clásica de Salud Pública es la presentada por Winslow en la década de los años veinte, quien la presenta como “el arte y ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, así como prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante los esfuerzos organizados de la comunidad”. (10).

En consecuencia, esta definición aparece con sólido valor en los razonamientos de los más importantes movimientos ideológicos respecto a la salud en tiempos en los cuales este pensamiento referido a la salud era cuestionado en sus bases conceptuales y prácticas. (7).

Igualmente, parte del impulso obtenido por estas ideas surge en el siglo XIX con la Revolución Industrial en los países europeos. El surgir de las formas de industrialización que la caracterizan producen un tremendo impacto en las condiciones de calidad de vida y salud, y como consecuencia social se da la participación política de las clases trabajadoras para que sean incorporadas en sus reivindicaciones los temas de salud. (9).

Medicina Preventiva

En la década de los cuarenta los procesos externos/internos en el campo de la salud, los costos debido al aumento de la especialización y la tecnologización de la práctica médica, hacen que esta realidad promueva en los Estados Unidos de América (EUA) las propuestas de implantación del sistema nacional de salud. (7).

Seguidamente, el camino tomado en este caso, se aparta de proponer una reforma sectorial de la salud según la experiencia de

los países europeos y se enfoca en la propuesta de cambios en la enseñanza médica donde se incorpore de forma leve un énfasis vago en la prevención y en el desarrollo de la estructura organizativa. (11).

Entonces, la Medicina Preventiva se configura como un movimiento ideológico iniciado en el Congreso sobre el Modelo de Colorado Springs en el año de 1952. En los EUA su éxito fue innegable, mientras que en América Latina se crearon expectativas y realizaron inversiones para la creación de departamentos académicos de medicina preventiva. (7). Mientras que en Europa Occidental las ideas referentes a la Medicina Preventiva no causa mayor impacto en la enseñanza o en la organización de la atención de salud (12).

Salud Comunitaria

En los años 50 en EUA ocurre una intensa movilización popular e intelectual por los derechos humanos y en contra de la guerra de Vietnam, la pobreza urbana y el racismo, esto origina modelos de intervención y movimientos organizados para la ampliación de la acción social, respuestas a las necesidades de vivienda y educación, así como la solución de los problemas sociales de salud. (13,7).

Es así, como aparece en esos momentos la organización del movimiento de la Salud Comunitaria o Medicina Comunitaria caracterizado por la implantación de Centros Comunitarios de Salud, estos núcleos de prestación de salud son administrados por organizaciones no lucrativas y subsidiados por el gobierno federal, su meta es la prevención y la administración de cuidados básicos de salud (14,7).

Sin embargo, el fracaso de este movimiento de Salud Comunitaria se debe a no estar profundamente ligado a las comunidades y al mismo tiempo estar distanciado del sistema de salud predominante. (15), mientras que en la América Latina los programas de Salud Comunitaria, especialmente en Colombia, Brasil y Chile influenciarán el diseño de los sistemas de salud en el continente. (7).

Salud Colectiva

La hipótesis de la Salud Colectiva es un nuevo paradigma científico capaz de superar la crisis de la salud pública basada en

una trama teórica-epistemológica con conceptos del paradigma en el campo científico y aparece con sus derivaciones y aplicaciones potenciales en el campo de salud. (7).

Este nuevo paradigma tiene diversas demandas con diversas categorías epistemológicas, entre las que se pueden mencionar la complejidad, modelos teóricos, teoría del caos, formas lógicas de análisis, geometría fractal y los modelos matemáticos no lineares.

Por ello, las bases conceptuales del movimiento de Salud Colectiva en las últimas dos décadas en América Latina son una definición provisoria del campo científico en su dominio de conocimiento, que actúa estudiando los fenómenos de salud-enfermedad-atención en poblaciones como procesos sociales; investigación de la producción y distribución de la enfermedad en la sociedad como parte de la reproducción social; análisis de las prácticas de salud como un proceso de trabajo articulado con otras prácticas sociales. (7).

Es por ello, que el nuevo orden mundial instaurado en la década de los ochenta inspirado en el neoliberalismo provoca la fragilización de los esfuerzos para enfrentar colectivamente los problemas de salud: particularmente en los países de economía capitalista dependiente donde la opción escogida es la presencia del estado mínimo, el corte en los gastos públicos; allí la respuesta a la llamada crisis fiscal del estado compromete el ámbito institucional donde debe expresarse la Salud Pública. (7).

Las ideas de la Nueva Salud Pública

Las reformas económicas, políticas y administrativas que ocurren en los mercados mundiales originan propuestas sectoriales en el manejo del ámbito social de la salud en América Latina. (7). Los contenidos sustantivos en la nueva salud pública se manifiestan en algunos proyectos tales como: las especificidades del sistema de salud canadiense; el proyecto Clinton; la organización de los servicios de salud en Cuba; las propuestas de la reforma sectorial de Bolivia y de Colombia. (7).

En consecuencia, La Nueva Salud Pública es identificada peyorativamente por sus detractores como un asunto de sanitaristas y funcionarios públicos con responsabilidades operativas. (7).

Seguidamente, esta concepción convergente presenta dificultades

al tratar que los actores sociales respondan a: (a) la convocatoria para el debate el campo social de la salud; (b) la definición del perfil del profesional que actuará en los distintos ámbitos de acción; (c) la definición de los contenidos que deben ser privilegiados; (d) el núcleo básico de conocimientos y habilidades que deberán componer el nuevo perfil profesional. Pero estas dificultades se presentan en un clima estimulante con importante efervescencia en los aspectos teóricos y críticos lo que propicia la acción de un proceso de modernización conceptual. (7).

Según Rodríguez (16) ese ideario de La Nueva Salud Pública esboza la actividad de nuevos profesionales en roles que tienen la función histórico-política de rescatar conocimientos, éxitos, fracasos y que deben luchar por la ciudadanía y su bienestar. El accionar profesional de sus actores principales debe cumplir tres funciones estelares: (i) la función de agregación de valor que comprenden de la producción y la gestión del conocimiento científico tecnológico; (ii) la función de gerencia estratégica para recursos escasos y la presencia de relaciones entre diversos actores; y, (iii) la función de intersección y apoyo que debe manejar el conocimiento y promover la movilización social creciente para la exigencia de sus derechos ciudadanos. (7).

CONCLUSIÓN

Los autores comprenden que la Ideología es quizás uno de los conceptos más ambiguos y difíciles de discernir que se pueden encontrar en las ciencias sociales, esto se debe no sólo por la variedad de enfoques teóricos que le asignan diferentes significados y funciones a la expresión, sino también porque es un concepto fuertemente cargado de connotaciones políticas.

Cabe destacar, que también influyen sus diversas acepciones ampliamente utilizadas en la vida cotidiana con las más desiguales significaciones. Otro aspecto importante a tomar en cuenta es la cuestión de si la Ideología tiene un significado negativo o positivo.

Por un lado, la Ideología puede ser concebida en términos eminentemente negativos como un concepto crítico que significa una forma de falsa conciencia o el engaño necesario que distorsiona de alguna manera la comprensión que el ser humano tiene de la realidad social para beneficiar a algunos. Y por otro lado, la

Ideología consiste básicamente en imágenes, conceptos y premisas que proporcionan los marcos mediante los cuales representamos, interpretamos, comprendemos y producimos sentido en la existencia social. Por consiguiente, la Ideología es una dimensión constitutiva de la sociedad y de la formación de la subjetividad humana.

Luego del análisis de los diversos planteamientos respecto a la Ideología, los autores del presente ensayo expresan su convencimiento de que ella es una dimensión importante e ineludible de la identidad cultural en la sociedad y tiene profundas influencias en el desarrollo de los diversos procesos socio-políticos y económicos que en ella ocurren, de esta realidad no escapa la Salud Pública a todos los niveles y en todos los contextos.

Es importante resaltar, la circunstancia de la Ideología como parte principal de la estructura individual-grupal y de la superestructura de la sociedad, además, se correlaciona de forma inherente a la economía política y los Sistemas de Salud Pública. También se reconoce el significado e importancia prácticos de la Ideología, porque suministra las estructuras en que se sustentan las ciencias morales, políticas y pedagógicas.

Asimismo, en el ámbito nacional e internacional continuamente se reconocen problemas en la definición, diseño y ejecución de prácticas efectivas de Salud Pública; y que es importante aceptar la influencia del contexto internacional de globalización económica y cultural como aspecto resaltante. Por ello, es necesario examinar los elementos históricos e institucionales que sustentan los diversos contenidos ideológicos de la denominada Salud Pública.

Igualmente, en cualquier área de la realidad socio-económica las interpretaciones ideológicas influyen en la comprensión de las cuestiones relativas a las políticas de la Salud Pública. También se destaca el hecho de que las ideologías, los movimientos sociales, la política de salud y la investigación social se relacionan entre sí de manera compleja, y también hay aspectos innovadores y creativos a esta relación.

Para culminar, el estudio de las ideologías relativas a la salud mundial no puede ser más un esquema que no abarca total y exactamente los marcos más complejos y dinámicos de la realidad. Hoy en día, existen estas ideologías en diversas formas e impactan las intervenciones, los procesos sociales relativos a la salud y motivan

la financiación de los mismos.

En este mismo sentido, los sentimientos coloniales o de dependencia, las preocupaciones respecto a la seguridad nacional, las nociones de caridad, los marcos de desarrollo, los modelos globales y regionales de negocio, y los principios de derechos humanos forman una mezcolanza de motivaciones presentes en el trabajo del mantenimiento de la salud pública. Pero estos marcos no se excluyen mutuamente y cada uno posee fortalezas y debilidades únicas. Por ejemplo, mientras que un marco de derechos humanos puede ser más adecuado para las intervenciones de escala a través del sector público, un marco empresarial puede permitir una mayor innovación en la prestación de los servicios y atención a los usuarios.

Es bien importante, que para hacer frente a los retos de la Salud Pública de hoy, deban ser utilizados los puntos fuertes de estas ideologías con el fin de obtener atención y recursos. Y, por último, es importante entender las limitaciones de cada ideología, ya que serán los supuestos en los que se basa el trabajo de Salud Pública y tendrán fuertes implicaciones para las soluciones propuestas. Mientras que el campo de la Salud Pública no esté desprovisto de prejuicios y nuevos errores, la clave del avance en la calidad/cantidad del servicio prestado reside en separar las fallas del pasado apuntando hacia la esperanza de un futuro mejor.

REFERENCIAS

1. RAE. Diccionario de la Lengua Española (22ª edición), Real Academia Española, 2012. <http://lema.rae.es/drae/>. Consultado el 24 de abril de 2015.
2. Tellechea J. Conceptos claves de la Ideología. 2008 <http://www.unav.es/gep/ConceptosClavesIdeologia.html>.
3. Ariño A. Ideología, sistemas de creencias y representaciones sociales. En Javier Cerrato y Augusto Palmonari (eds.). 2007. Valencia: Promolibro.
4. Ariño A. Sociología de la cultura. La constitución simbólica de la sociedad, 1997a. Barcelona: Promolibro.
5. Ariño A. Ideologías, discursos y dominación. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, N° 20. 1997b.
6. Morín E. El Método IV. Las ideas, Madrid: Cátedra. 1992.

7. Almeida-Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999; 75:5-30.
8. Foucault M. El nacimiento de la clínica. 1966. México: Siglo XXI.
9. Virchow R. En: Rosen G. Da Polícia Médica a Medicina Social. Rio de Janeiro: Editorial Graal.
10. Testa M. Salud Pública: acerca de su sentido y significado. En: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. 1992. Washington, D.C., p. 205-29. (OPS - Publicación Científica, 540).
11. Leavell H. Clark, E. Medicina Preventiva. McGraw-Hill, São Paulo, 1976, 744p.
12. Grundy F, Mackintosh J. L'enseignement de l'hygiène et de la santé publique en Europe. Genève, Organisation mondiale de la santé. 1958.
13. Donnangelo M. Saúde e sociedade. 1976. São Paulo: DuasCidades 124p.
14. Latham W. Community Medicine: Success or Failure? (1976). The New England Journal of Medicine 14:18-23.
15. Desrosiers G. Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique. 1996. Ruptures 3(1):18-28.
16. Rodríguez R. Teoría y práctica de la Salud Pública. OPS. 1994. Documento no publicado de circulación limitada. 28p.

PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA NATIVOS Y MIGRANTES DIGITALES RETOS A LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO

Oneydis Manzano

RESUMEN

En el desarrollo pleno de las competencias, como formadores de futuros profesionales en salud, es menester indagar y reflexionar sobre la forma en que se debe gestionar la promoción de la salud, definido como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla según la Declaración de Ottawa, tomando en consideración que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud, para que esto sea validado como una actividad de promoción de la salud es obligatorio el empoderamiento del conocimiento. Sin embargo, la manera como se lleva a cabo ese proceso de apropiación varía entre los individuos, debido a la idiosincrasia y otros factores ampliamente estudiados a través del tiempo, pero lo que nos atañe en este apartado es específicamente las estrategias a utilizar para lograr estilos de vida saludables en la población, para hacerlos realmente certeros es recomendable revisar a quienes va dirigido y cómo será percibido dicho conocimiento. En el presente artículo se establecerán las características específicas que diferencian a los migrantes digitales de los nativos digitales, partiendo de allí establecer una serie de recomendaciones para alcanzar estrategias efectivas que superen las brechas generacionales y digitales a las que se enfrenta la sociedad del conocimiento, ante esta ruptura de paradigma en la manera en que nos apropiamos del saber y lo compartimos. Es necesario implementar nuevos métodos que satisfagan a ambos grupos, e incluso a los no menos importantes rezagados, que aún se encuentran en el analfabetismo digital debido a condiciones socioeconómicas que han dificultado su acceso al uso de las tecnologías de información y comunicación.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Conocimiento, Nativos Digitales, Migrantes Digitales.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad surgen necesidades específicas para la implementación de la promoción de la salud, tomando en cuenta las brechas generacionales a veces marcadas por el uso o no de las tecnologías de información y comunicación diario y el acceso a las mismas. En el desarrollo pleno de las competencias, como formadores de futuros profesionales en salud, es menester indagar y reflexionar sobre la forma en que se debe gestionar la promoción de la salud, definido como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Según la Declaración de Ottawa (1), la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (2), abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no. (3-4).

En este sentido, vale la pena recordar que la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva; es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. (5-6)

Pero ¿qué ocurre cuando actualmente se implementan estrategias de promoción de salud de manera igualitarias, sin tomar en cuenta la diversidad de la audiencia que la recibe, lo que puede afectar su eficiencia y eficacia al llegar al usuario final?

Este artículo se centra en la promoción de la salud, como un nivel

necesario de la atención integral, imprescindible para una respuesta eficaz a los problemas de salud más relacionales y de origen social. Cuando se refiere a la educación para la salud, lo hace considerándola como un instrumento necesario para cada uno de los niveles de atención, sobre todo de la promoción de la salud de la que se sirve técnica y metodológicamente, haciendo un inciso en la manera como implementamos las estrategias para la promoción de la salud, tomando en cuenta las brechas generacionales de la era contemporánea como lo son los nativos y inmigrantes digitales, y la diferencia entre estos para adquirir y compartir conocimientos.

El origen del término “Nativos Digitales”, proviene de la reflexión de Marc Prensky que, en su determinante artículo “Digital Natives, Digital Immigrants”. De forma concisa, define a los nativos digitales como la primera generación que ha crecido con las tecnologías digitales y que son “nativos” del lenguaje de los ordenadores, videojuegos e Internet. Los nativos digitales son los niños y jóvenes nacidos a partir de 1990, que son expertos con las computadoras, tienen destrezas y formas para comunicarse con los otros que los mayores no pueden entender. Son consumidores y productores de casi todo lo que existe en la red y han provocado una nueva brecha, esta vez alfabeto-generacional. (7-8)

Mientras que los inmigrantes o migrantes digitales, son las personas mayores entre 35 y 55 años, nacidos antes de los nativos digitales, es decir en la era pre-digital, por lo que están atados a una lengua materna diferente a la que utilizan los nativos digitales. Han nacido en la era pre-digital antes de los años 90, suelen escribir y comunicarse de manera correcta y conforme a las reglas ortográficas. Llevan además un seguimiento a las instrucciones antes de llevar a cabo su tarea. Los migrantes digitales son los que han tenido que aprender a usar los medios digitales proviniendo de un mundo analógico de información. (8-9)

DISERTACIÓN

Basándose en las características propias de los nativos e inmigrantes digitales, es necesario ajustar las estrategias de la promoción de la salud tomando en cuentas las necesidades específicas de cada grupo generacional.

Los Nativos Digitales son aquellas personas que por haber nacido en pleno big-bang de la era digital, poseen una configuración psicocognitiva diferente (10). Estos reciben información en forma rápida, disfrutan los procesos y multitareas paralelos, prefieren los gráficos antes que el texto, defienden los accesos al azar (desde hipertextos), funcionan mejor cuando trabajan en red, prosperan con satisfacción inmediata y bajo recompensas frecuentes, eligen jugar en “serio” en vez que trabajar (10-11). Por tanto, la dinámica de trabajo con ellos debe ir dirigida a explotar al máximo el contenido digital multimedia, multiplataforma con apoyo en las redes sociales usadas por sus pares.

En relación a los inmigrantes digitales, que son todas aquellas personas nacidas antes de los 90’, es decir, en la era pre-digital, por lo que están atados a una “lengua” materna diferente a la que utilizan los nativos (10-11). Poseen estructuras mentales moldeadas por los procesos paso a paso, seguimiento de instrucciones “antes de...” o de resolver un problema a la vez, su actuación es basada en el análisis deductivo, su aprendizaje es principalmente basado en el enlace con conocimientos pre adquiridos, por lo cual se debe seguir implementando las estrategias de promoción de la salud que les garanticen no sentirse apresurados o atropellados, se le debe ir integrando a las nuevas estrategias basadas en el uso de las tecnologías de información y comunicación, pero siempre con una formación previa a la implementación de la misma y preferiblemente acompañada con un manual de usuario o guía explicativa, para garantizar su implementación sin causar un efecto negativo a traumático que puede suceder cuando no hay orientación ni acompañamiento en estos procesos, sino improvisación e imposición forzando a la auto exclusión de algunos usuarios, como el objetivo en la promoción de la salud debe ser sumar a más personas y no restar, se considera tomar en consideración estas brechas digitales generacionales al planificar e implementar estrategias de la promoción de la salud.

CONCLUSIÓN

La validez de una actividad de promoción de la salud va directamente ligada de manera obligatoria el empoderamiento

del conocimiento. Sin embargo, la manera como se lleva a cabo ese proceso de apropiación varía entre los individuos, debido a la idiosincrasia y otros factores ampliamente estudiados a través del tiempo, pero lo que nos atañe en este apartado, es específicamente las estrategias a utilizar para lograr estilos de vida saludables en la población, para hacerlos realmente certeros es recomendable revisar a quienes va dirigido y cómo será percibido dicho conocimiento. En el presente artículo se establecieron las características específicas que diferencian a los migrantes digitales de los nativos digitales, partiendo de allí se deben tomar en cuenta una serie de recomendaciones para alcanzar estrategias efectivas que superen las brechas generacionales y digitales a las que se enfrenta la sociedad del conocimiento, ante esta ruptura de paradigma en la manera en que nos apropiamos del saber y lo compartimos. Es necesario implementar nuevos métodos que satisfagan a ambos grupos, e incluso a los no menos importantes rezagados, que aún se encuentran en el analfabetismo digital debido a condiciones socio económicas que han dificultado su acceso al uso de las tecnologías de información y comunicación.

REFERENCIAS

1. Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud. OMS. Ginebra. 1986.
2. Davies J. K.; MacDonald, G. Quality, evidence and effectiveness in health promotion. Ed. Routledge. London MM. 1998.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. UIPES: Madrid. 2000.
4. Promoción de la Salud: Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid. 1999.
5. Seppilli A, Modolo MA. Educazione Sanitaria. Il Pensiero Científico. Roma. 1981.
6. Ley Orgánica 1/90 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (BOE 4-10- 1991). España. 1991.
7. Nobosti T. Nativos e Inmigrantes Digitales. 2008.
8. Prensky M. Nativos e Inmigrantes digitales. [Artículo en línea] 2007. [Consultado: 28 nov 2017] Disponible en: <http://www.nobosti.com/spip.php?article44>
9. Peña-López I. Nativos Digitales. [Artículo en línea] Disponible en: <http://blogs.creamoselfuturo.com/educ2007> [Consultado: 26 nov 2017] [acion-y-cultura/2007/06/08/nativos-digitales/](http://blogs.creamoselfuturo.com/educ2007/06/08/nativos-digitales/)
10. Piscitelli A. (2005). Nuevos alfabetismos: Inmigrantes digitales vs. Nativos digitales. [Artículo en línea] 2005 [Consultado: 29 nov 2017] Disponible en: <http://portal.educ.ar/debates/educacionytic/nuevos-alfabetismos/inmigrantes-digitales-vs-nativos-digitales.php>
11. Piscitelli A. Nativos es Inmigrantes Digitales: ¿Brecha generacional, brecha cognitiva, o las dos juntas y más aún?. [Revista en línea] Rev Mex Inv Edu 2006; 11 (28): 179-185. [Consultado: 27 nov 2017] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/140/14002809.pdf>

INTERNET Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

Oneydis Manzano

RESUMEN

En ciencias de la salud, el internet y las tecnologías de información y comunicación se constituyen en indispensables herramientas en la adquisición de competencias de quienes se forman como técnicos socio-sanitarios. El presente escrito tiene como objetivo mostrar los recursos que pueden utilizarse en los procesos de búsqueda de información, las aplicaciones y programas que puede, quien enseña, emplear en la formación de profesionales de la salud, así como también se señalan los instrumentos que se emplean para el asesoramiento de profesionales en el ejercicio de sus funciones, en la actualización del conocimiento y en la promoción de la salud. Todo ello por constituirse el internet y las tecnologías de información y comunicación en elementos clave para el acceso al incesante y creciente flujo de conocimientos que se generan a diario, y que resulta de gran utilidad para estudiantes y profesionales sanitarios en procura del beneficio de la población, la sana y la enferma, la primera en lo que respecta al mantenimiento de la salud, y la segunda en relación con la recuperación de la misma.

Palabras clave: Internet, Redes de Telecomunicaciones, Salud, Formación.

INTRODUCCIÓN

En ciencias de la salud, el internet y las tecnologías de información y comunicación (TIC) se constituyen en indispensables herramientas en la adquisición de competencias de quienes se forman como técnicos socio-sanitarios. La era de la gestión del conocimiento basada en el uso de las TIC del siglo XXI, nos ofrece la posibilidad de desarrollar multiplataformas para la prestación de servicios y formación de salud desconocidos hasta nuestros días. Los profesionales del campo de la salud han de participar en los adelantos de la era de la información e influir en ellos, para ayudar a las poblaciones del mundo a alcanzar unos niveles cada vez más elevados de salud y de bienestar. Las tecnologías de la información se han convertido en un elemento importante del concepto moderno de salud pública y de las políticas sanitarias mundiales debido a la globalización. Estos recursos pueden ayudar a las instituciones sanitarias a planear sus estrategias de promoción de salud y a comunicar mensajes clave relacionados con la salud pública. Muchos teóricos denominan la época actual como sociedad de la información o sociedad del conocimiento, la base para denominarla así es la influencia del paradigma tecnológico imperante que ha ocasionado cambios en las relaciones humanas y en la forma de vida. El crecimiento de Internet y su acceso, uno de los mayores acontecimientos que se está viviendo en la actualidad, se ha convertido en el medio más dinámico y estimulante para encontrar y recuperar información actualizada en tiempo real. Pero se debe prestar atención a los problemas de acceso, que puedan limitar las oportunidades para la colaboración, teniendo en cuenta que cada vez es más necesaria la vigilancia de la calidad de la información que se puede obtener por Internet y la protección del usuario, derecho a la información y a la protección de datos.

El presente escrito tiene como objetivo mostrar los recursos que pueden utilizarse en los procesos de búsqueda de información, las aplicaciones y programas que puede, quien enseña, emplear en la formación de profesionales de la salud, así como también, se señalan los instrumentos que se emplean para el asesoramiento de profesionales en el ejercicio de sus funciones, en la actualización del conocimiento, y en la promoción de la salud. Todo ello por constituirse el internet y las tecnologías de información y comunicación

en elementos claves para el acceso al incesante y creciente flujo de conocimientos que se generan a diario y que resulta de gran utilidad para estudiantes y profesionales sanitarios en procura del beneficio de la población la sana y la enferma, la primera en lo que respecta al mantenimiento de la salud, y la segunda en relación con la recuperación de la misma.

DISERTACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso de las TIC en este sector se advierte como un medio para alcanzar una serie de objetivos del sistema, así en este campo de la salud se definen como las herramientas que facilitan la comunicación y el proceso de transmisión de información por medios electrónicos, con el propósito de mejorar el bienestar de los individuos. Esta definición alude al amplio rango de estas tecnologías que van desde la radio y la televisión hasta la telefonía, computadoras y el uso de Internet. (1)

Otro de los desafíos que enfrenta este sector es la formación de recursos humanos competentes en el empleo de ellas. Ello ocurre en un mundo donde predominan la integración y asimilación de conocimientos cada vez más cambiantes, un número creciente de educandos y una transición gradual desde una forma de organización docente “tradicional” a un modelo más “activo e interactivo”, donde el estudiante constituye el principal actor del proceso enseñanza aprendizaje. (1)

La enseñanza mediante el uso de Internet ha probado su eficacia en la educación médica, esta modalidad de enseñanza a distancia ha sido adoptada en múltiples instituciones educacionales por sus ventajas como material instructivo, simuladores, comunicaciones (conferencias web), e-portafolios, evaluaciones y medicina basada en evidencia. (2,3)

Desde este contexto actual se presentan grandes oportunidades y desafíos para la formación tanto de los estudiantes de las ciencias de la salud como de los profesionales que ameritan formación continua en servicio, en el presente apartado se listarán algunas de las aplicaciones o sistemas existentes en los que se puede apoyar la enseñanza en el uso de las TIC.

Entre las TIC y los nuevos entornos de comunicación que surgen

desde la web 2.0 que constituyen herramientas que facilitan compartir información, colaborar y trabajar en equipo tenemos las siguientes:

- Aula virtual: es un entorno telemático en página web que permite la teleformación. Normalmente en un aula virtual el alumnado tiene acceso al programa del curso, a la documentación de estudio y a las actividades diseñadas por el profesor. Además, puede utilizar herramientas de interacción como foros de discusión, charlas en directo y correo electrónico. (4)

- Foro: es un espacio de comunicación formado por cuadros de diálogo en los que se van incluyendo mensajes que pueden ir clasificados temáticamente. En estos, los usuarios pueden realizar nuevas aportaciones, aclarar dudas, refutar las de los demás participantes, etc., todo ello de una forma asincrónica, lo que hace posible que las aportaciones y mensajes de los usuarios permanezcan en el tiempo a disposición de los demás participantes. (5)

- Chat: en español se conoce como charla o teleconferencia. Chatear es un anglicismo que describe la conversación electrónica en tiempo real (instantáneamente) entre dos o más personas a través de Internet. Lo normal en una sesión de chat es que un usuario escriba mensajes con el teclado y que el mensaje se muestre en la pantalla de otro. La conversación también puede realizarse con audio y con video. (6)

- Wiki: es un concepto que se utiliza en el ámbito de Internet para nombrar a las páginas web cuyos contenidos pueden ser editados por múltiples usuarios a través de cualquier navegador. Dichas páginas, por lo tanto, se desarrollan a partir de la colaboración de los internautas, quienes pueden agregar, modificar o eliminar información. (7)

- Weblog: es un sitio web personal y sin fines de lucro, constituido por noticias y reflexiones, con un formato que facilita las actualizaciones. Cada nueva pieza de información que se agrega se suma a la última, y esto crea un permanente flujo de noticias. La información es provista por el creador del sitio o por contribuyentes voluntarios de contenidos. Habitualmente esto incluye tanto comentarios personales o enlaces a sitios web donde se tratan temas de interés. (8)

- Videoconferencia: es una tecnología que proporciona un sistema de comunicación bidireccional de audio, video y datos que permite que las sedes receptoras y emisoras mantengan una comunicación simultánea interactiva en tiempo real. Para ello se

requiere utilizar equipo especializado que permita realizar una conexión con cualquier parte del mundo sin la necesidad de trasladarse a un punto de reunión. (9)

- Podcast: es un archivo de audio digital (generalmente en formato mp3) al que se puede acceder en forma automática. El contenido puede ser de lo más diverso: programas de conversación; música, sonidos ambientales, discursos; comentarios especializados de diferentes temas; novelas habladas; clases de idiomas y una infinidad de posibilidades. Habitualmente los podcasts son gratuitos y de libre acceso. Cualquier persona, desde cualquier lugar del mundo, puede suscribirse o bajar contenido en audio a través de un podcast. (10)

- Google docs: oficialmente es un programa gratuito basado en web para crear documentos en línea con la posibilidad de colaborar en grupo. Incluye un procesador de textos, una hoja de cálculo, un programa de presentación básico y un editor de formularios destinados a hacer encuestas. (11)

- Dropbox: es un servicio gratuito, de hasta dos gigas de capacidad, para almacenar archivos. Está en la línea de Google docs o Windows Skydrive, pero con una diferencia importante y es que sincroniza automáticamente los archivos subidos en todos los dispositivos donde se haya instalado su aplicación. (12)

- Redes sociales: son formas de interacción social, definida ésta como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos complejos. Un sistema abierto y en construcción permanente que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos. (13)

- XMind: es un programa open source para realizar mapas conceptuales. Ayuda a la gente a anotar ideas, organizar diversos gráficos y compartirlos para colaborar en línea. Soporta mapas mentales, diagramas fishbone, diagramas de árbol, charts organizacionales, charts lógicos, e incluso hojas de cálculo. (14)

CONCLUSIÓN

Los cambios tecnológicos conllevan tanto a desafíos como a oportunidades. El desafío fundamental es educar al personal de salud y estudiantes de las carreras de ciencias de la salud en el

uso de las tecnologías disponibles, y de ese modo readaptar la práctica sanitaria o salubrista. Las oportunidades yacen en el potencial de las tecnologías de información para transformar la práctica profesional en el sistema de salud haciéndola más efectiva. El correcto empleo de ellas favorece el alcance de una mejor información a los profesionales del sector, y sirve de medio para mejorar las condiciones del sistema de salud. Por ello, en el contexto de los países subdesarrollados es más conveniente concentrarse en educar a los profesionales de la salud en el posible uso de las TIC, proporcionándoles acceso y conectividad, quienes deben a su vez, diseminar los beneficios a un mayor número de usuarios finales, es aquí donde se hace fundamental la práctica docente basada en el uso de la TIC para garantizar dicho proceso.

REFERENCIAS

1. Bukachi F, Pakenham-Walsh N. Information Technology for Health in Developing Countries. Chest [Internet]. 2007 [citado 12 Nov 2017]; 132(5): [aprox. 2 p.] Disponible en: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1085520>
2. Ellaway R. E-learning: Is the revolution over?. Med Teach [Internet]. 2011 [citado 12 Nov 2017]; 33(4): [aprox. 2 p.] Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/0142159X.2011.550968>
3. Bediang G, Stoll B, Geissbuhler A, Klohn AM, Stuckelberger A, Nko'o S, et al. Computer literacy and E-learning perception in Cameroon: the case of Yaounde Faculty of Medicine and Biomedical Sciences. BMC Med Educ [Internet]. 2013 [citado 15 Nov 2017]; 13(1): [aprox. 2 p.] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/57/>
4. Arquitectura UNET. Aula virtual. [Internet] 1999 [citado 15 Nov 2017]; Disponible en: <http://lia.unet.edu.ve/avaunet/Glosario.htm>.
5. Pérez L. El foro virtual como espacio educativo: propuestas didácticas para su uso, [Internet]. S.f. [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_662/a_8878/8878.html.
6. ¿Qué es chatear? - Definición de chat [Internet]. 2011 [citado 25

- Nov 2017]; Disponible en: <http://www.masadelante.com/faqs/>.
7. Definición de wiki [Internet]. [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: <http://definicion.de/wiki/>.
 8. Weblog o blog. [Internet]. 2009 [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: http://www.aprenderencasa.educ.ar/aprenderen-casa/def_weblog.pdf.
 9. Sistema de Universidad Virtual. Acerca de videoconferencia [Internet]. 2009 [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: <http://virtual.uaeh.edu.mx/riv/videoconferencia.php>.
 10. Badillo N. ¿Qué es un podcast?. [Internet]. 2010 [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: <https://es.scribd.com/document/26858274/Que-es-un-podcast#scribd>
 11. Wikipedia. "Google Docs. [Internet]. 2011 [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Google_Docs.
 12. Dropbox [Internet]. S.f. [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: <http://alfonsohinojosa.es/cursoentornos/dropbox.html>.
 13. Redes Sociales. [Internet]. 2014 [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: <http://blogs.uab.cat/redes/>
 14. Xmind. [Internet]. 2007 [citado 25 Nov 2017]; Disponible en: <https://www.xmind.net/>

SALUD 2.0 UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA LA MEDICINA

Aracelis C. Sarmiento Ochoa

RESUMEN

La difusión de las nuevas tecnologías y la aparición de la red pública Internet parecen abrir nuevas perspectivas a la ampliación del espacio público del conocimiento. La sociedad de la información, que nace como un nuevo modelo social en la que distintas tecnologías de la información han tomado un papel central en las actividades sociales, culturales y económicas. Por lo tanto, los profesionales de la salud somos trabajadores del conocimiento, debido a que no sólo hacemos diagnósticos y tratamientos a nuestros pacientes, sino que también trabajamos con información y generamos nuevo conocimiento que incorporamos a nuestro ámbito profesional y la práctica asistencial. Sin embargo, no debemos olvidar que las tecnologías no llegan a todas las personas o lo hacen de forma desigual, aún persisten algunas barreras en forma de brechas digitales que impiden la integración de muchas personas. No obstante, aún queda mucho camino por recorrer para consolidarnos como sociedad del conocimiento. El aumento de la cantidad y la velocidad de transmisión de la información han superado con creces nuestra capacidad de gestión y aprovechamiento. *Análisis:* Por lo que los retos para los tiempos que se acercan pasan por mejorar nuestra capacidad para filtrar eficazmente la información que recibimos, así como reducir las desigualdades y brecha digital, tanto de acceso, como de utilización adecuada de las tecnologías. Para conseguirlo, debemos integrar en nuestra sociedad no solo competencias en el uso de las herramientas, sino también nuevas habilidades propias de los trabajadores del conocimiento. *Conclusión:* Para resumir, la importancia del uso de la Web 2.0 como estrategia para la medicina radica en el empoderamiento, tanto de los profesionales como de los pacientes de las herramientas tecnológicas para buscar información y generar nuevos conocimientos que sean de utilidad para el desarrollo profesional y para el aprendizaje de estilos de vida saludable.

Palabras clave: Salud 2.0, Internet, Tecnologías de Información.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la difusión de las nuevas tecnologías y la aparición de la red pública Internet parecen abrir nuevas perspectivas a la ampliación del espacio público del conocimiento. Sin embargo, aún no poseemos los medios que permitan un acceso igual y universal al conocimiento para el auténtico aprovechamiento de éste. (1)

Para ello, debemos comenzar desarrollando lo que es la Sociedad de la información, que nace como un nuevo modelo social que emerge tras la “sociedad industrial” y que se caracterizan por ser tecnologías de la información que han tomado un papel central en las actividades sociales, culturales y económicas. Y como consecuencia, autores como Peter Drucker comienzan a hablar de la Sociedad del conocimiento, cuya característica diferencial es que los ciudadanos no solo hacen circular la información, sino que la aprovechan, seleccionan e interpretan, añadiendo su propio valor a los datos, para después ser puesta de nuevo en circulación. (2)

Por consiguiente, si la “sociedad de la información” se centraba en los avances tecnológicos, la “sociedad del conocimiento” va más allá y tiene implicaciones sociales, políticas y éticas. Igualmente constituyen las herramientas que permiten avanzar en el conocimiento. Por ende, los profesionales de la salud somos trabajadores del conocimiento, debido a que no sólo hacemos diagnósticos y aplicamos cuidados o tratamientos a nuestros pacientes, sino que trabajamos con información, usamos pensamiento crítico y generamos nuevo conocimiento que incorporamos al nuestro ámbito profesional, para después trasladarlo a la práctica asistencial. De manera que, también podemos beneficiarnos de las herramientas y nuevas formas de comunicación para mejorar nuestra formación profesional, la investigación en salud y el ámbito asistencial. (2)

Sin embargo, no debemos olvidar que estas tecnologías no llegan a todas las personas o lo hacen de forma desigual. Aunque es cierto que el alcance de Internet y estas tecnologías es cada vez mayor, aún persisten algunas barreras en forma de brechas digitales que impiden la integración de muchas personas en la sociedad del conocimiento, produciéndose exclusión digital y puede estar condicionados por factores, tales como la edad, situación geográfica, recursos económicos, educación, empleo y otros de tipo cultural. (2)

Con respecto a la introducción de nuevas tecnologías, estas han sido una constante a lo largo de toda nuestra historia, pero quizás durante estos últimos 40 años estemos viviendo el proceso más rápido de cambio tecnológico. Esta aceleración en la introducción de innovaciones está impulsando sin ninguna duda el desarrollo de Internet y favoreciendo profundos cambios sociales, aunque por otro lado nos está obligando a un proceso de adaptación constante. (2)

Todo comenzó con la Web 1.0 en los años 60's, con navegadores de solo texto, como ELISA, pero bastante rápidos, después surgió el HTML (Hyper Text Markup Language) que hizo las páginas web más agradables a la vista y los primeros navegadores visuales como IE, Netscape, etc. Siendo la Web 1.0 de solo lectura, donde el usuario no puede interactuar con el contenido de la página estando totalmente limitado a lo que el Webmaster sube a la página web. (3)

Posteriormente, el concepto de Web 2.0 fue introducido en 2004 por O'Reilly como "Un conjunto de tendencias económicas, sociales y tecnológicas que colectivamente forman la base de la siguiente generación de Internet, caracterizada por la participación de los usuarios, su apertura y efectos de red". De este concepto deriva el concepto de Salud 2.0 debido al uso de herramientas específicas de la Web 2.0: blogs, podcasts, wikis, entre otras, por personal de la salud que incluye doctores, pacientes, científicos, usando los principios del acceso abierto y la generación de contenidos por los usuarios y el poder de las redes para personalizar el cuidado de la salud, colaborar y promover educación en salud. Tanto la Web 2.0 y Salud 2.0 se caracterizan por ser participativas y se basan en el concepto de inteligencia colectiva y colaborativa. (4)

En definitiva el uso del internet ha evolucionado de la siguiente manera: (2)

- 1969 – Arranca el Proyecto ARPANET
- 1991 – El hipertexto evoluciona y nace el WWW (World Wide Web)
- 1993 – Aparece el primer navegador de Internet y el primer motor de búsqueda
- 1996 – Se lanza Hotmail, uno de los primeros servicios de correo web
- 1998 – Nace Google como motor de búsqueda de Internet
- 2001 – Se crea la Wikipedia, primera enciclopedia online de tipo

colaborativa

- 2004 – Se acuña el término web 2.0
- 2006 – Facebook se hace global
- 2007 – Aparece el iPhone, revolucionando la telefonía e impulsando Internet móvil
- 2013 Las ventas de teléfonos inteligentes superan a las de teléfonos móviles tradicionales

En materia de salud, podríamos decir que la e-Salud (e-health) es un término que engloba a muchos otros, ya que se define como "la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), en el amplio rango de aspectos que afectan el cuidado de la salud". (2)

La web social que hemos definido y que utilizamos para tantas cosas en nuestra vida, es también usada por los pacientes, los cuales ya no se conforman con la búsqueda de información, sino que también socializan en torno a ella, filtrándola y añadiendo valor propio, convirtiéndose en auténticos agentes generadores de conocimiento en salud. De esta forma muchas personas empiezan a utilizar los distintos espacios de salud en Internet (blogs, foros de discusión, redes sociales, etc.), con la finalidad de aportar algo que los profesionales no podemos: su propia experiencia, la cual sirve de ayuda a otras personas que se encuentran en su misma situación, favoreciendo el aprendizaje y el apoyo mutuo.²

Alrededor del término e-salud, se han generado una serie de conceptos relacionados o que se refieren a aplicaciones concretas de las tecnologías en determinados servicios sanitarios: (2)

1. Salud 2.0. Es la aplicación de la web 2.0 o social en el ámbito de la salud, que abre el camino a la participación y nuevas formas de comunicación entre pacientes y profesionales de la salud.

2. m-Salud. Hace referencia al uso de dispositivos móviles y tecnologías sin cables para el cuidado de la salud. Estas tecnologías permiten a los pacientes estar conectados en cualquier momento y lugar a información sanitaria, instituciones, envío de registros para monitorización remota, posibilitando además el acceso a los registros y datos personales de salud a pacientes y profesionales.

3. Telesalud, telemedicina y teleenfermería. Son conceptos que se refieren a la aplicación de servicios de medicina y cuidados de enfermería a distancia, a través de programas en los que se emplean

tecnologías de la información y la comunicación. Dichos servicios van desde la consulta telefónica para diagnóstico o consejo sanitario, archivo y acceso a exámenes radiológicos y pruebas diagnósticas, hasta la aplicación de cirugía a distancia. Engloba por lo tanto servicios como el telediagnóstico, teleconsulta, telemonitorización y videoconferencia.

4. Redes de pacientes, comunidades virtuales y tecnologías de acercamiento en salud. Son todas aquellas tecnologías que potencian la parte social del uso de las tecnologías, acercando personas y permitiendo poner en común espacios virtuales en los que pacientes y profesionales pueden compartir información, ofrecerse apoyo y favorecerse del aprendizaje social que se produce en ellos. Permiten transmitir información, conectar personas y generar auténticas comunidades virtuales de salud.

5. Redes sociales y salud. Son una serie de aplicaciones basadas en Internet que se desarrollan sobre los fundamentos ideológicos y tecnológicos de la web 2.0 y que permiten la creación y el intercambio de contenidos generados por el usuario.

6. e-Paciente: Término acuñado por Tom Ferguson para describir a aquellas personas preparadas, capacitadas, empoderadas y comprometidas con su salud y la toma de decisiones. Los e-pacientes podrían definirse como aquellas personas que toman un papel activo en lo que se refiere a su salud y usan Internet y otras TIC, para mejorar su estado de salud o el de otras personas. Los usos que hacen estos e-pacientes de las herramientas son muy variados, desde buscar información en foros y buscadores, hasta el uso de redes sociales generalistas o específicas de salud, participación en comunidades virtuales de pacientes o comunicación con otros pacientes o profesionales.

El informe "Health e-people: the online consumer experience", describen tres tipos de e-pacientes conforme al uso que hacen de Internet. Estos son: (5)

- Buen estado de salud (60%): pacientes que piensan ocasionalmente sobre su salud y usan Internet de forma esporádica y para informarse sobre aspectos concretos de la salud.
- Recientemente diagnosticados (5%): pacientes que recientemente han comenzado con un problema de salud, o acaban de ser diagnosticados de una enfermedad y buscan información,

participan en foros y comunidades y hacen uso intensivo de los recursos sanitarios en red.

- Crónicos y sus cuidadores (35%): personas con enfermedades crónicas que usan recursos en red para ayudar a gestionar su condición y mantenerse al día.

La aparición de este tipo de pacientes pone de relieve el hecho de que muchos profesionales no se consideran preparados para trabajar con ellos, quizás porque se sienten amenazados ante el hecho de que un paciente pueda saber más sobre diversos aspectos de su enfermedad que el propio profesional o también porque sienta que el paciente le exige una nueva forma de tratar con él. Quizás otro factor añadido que dificulta esta relación sea el hecho de que en muchos casos los profesionales no se sienten cómodos con el uso de las TIC y se ven superados por el uso que hacen otros compañeros o los propios pacientes. Esto hace que no reciban de igual modo a un paciente que acude con información de su salud obtenida en Internet, ya que desconocen el grado de fiabilidad que tiene. (2, 6)

Los modelos de relación entre pacientes y profesionales han ido cambiando. Desde el modelo clásico paternalista en el que el profesional sanitario tiene un mayor grado de responsabilidad en la toma de decisiones sobre la salud de sus pacientes, a otros más participativos en los que el paciente asume un cierto nivel de autocuidado. Y finalmente modelos de tipo cooperativo en el que ambas partes aportan conocimientos y aprenden del otro. Pero la aparición de estos nuevos modelos no implica que todos los pacientes vayan a ser en el futuro totalmente empoderados y activos, y que van a asumir un alto grado de responsabilidad en la toma de decisiones. Es muy posible que sigan existiendo muchas personas que prefieran derivar estas decisiones a los profesionales. (2)

Finalmente llegamos a el uso de las tecnologías que más está avanzando durante los últimos años, el término "Yo cuantificado" (quantified self), que consiste en la monitorización continua de determinados parámetros, que permite la recopilación de información sobre hábitos cotidianos, a través de sensores integrados en dispositivos tales como pulseras, podómetros, básculas y sensores de ritmo cardiaco, temperatura, entre otros. A nivel global permitirá el registro de inmensas cantidades de datos individuales, que podrán cruzarse por ejemplo con toda la información (temperatura,

humedad, tráfico, contaminación, entre otros), para la búsqueda de relación y patrones entre las distintas variables. (2)

Y a nivel individual, servirá como forma de recopilación de datos de salud para conocer mejor nuestros hábitos de actividad física, sueño, alimentación y para llevar un registro en tiempo real de parámetros fisiológicos, que nos puede ayudar a mejorar el control de algunas enfermedades. Por ejemplo, están en el mercado algunos dispositivos que permiten la monitorización continua y poco invasiva de los niveles de glucosa en sangre, frecuencia cardiaca, temperatura, saturación de oxígeno e incluso sensores que monitorizan los síntomas en pacientes con Parkinson. Estamos ante el inicio de un fenómeno de cuantificación personal, que será la llave hacia una monitorización en salud en el que son los propios ciudadanos los que están impulsando el cambio y nos pedirán a los profesionales una integración de estos sistemas en su carpeta de salud electrónica y que hagamos uso de ellos como elementos de motivación y seguimiento para establecer hábitos de vida saludables. (2)

Esto supone que gracias a las tecnologías y a la ideología social de la web 2.0, todos los agentes que intervienen en la salud pueden de forma sencilla crear contenidos propios y difundirlos a través de canales de información. Y marca la principal diferencia con respecto a los tradicionales “medios de comunicación en masa”, lo que refleja un cambio en el paradigma de los medios de comunicación.

ANÁLISIS

El uso del Internet y el desarrollo de las TIC constituyen una valiosa herramienta para el desarrollo de los profesionales de la salud, debido a que a través de la investigación y el uso de la información pueden adquirir nuevos conocimientos y generar otros a partir de sus propias experiencias, de manera que otros profesionales puedan aprender de ello y a su vez ayudaran a los pacientes que buscan información. De manera que, a medida que avancemos en tecnología web, es probable que se produzca el desarrollo en Internet de la web semántica y que nuestras búsquedas sean mejor entendidas y más personalizadas. Y con ello beneficie a las comunidades para que estén mejor conectadas y alimentadas por los datos sobre salud que allí generen sus usuarios.

No debemos olvidar que estas tecnologías no llegan a todas las personas o lo hacen de forma desigual. Existen algunas barreras en forma de brechas digitales que impiden la integración de muchas personas (pacientes incluso profesionales) en la sociedad del conocimiento, produciéndose exclusión digital y puede estar condicionados por factores, tales como la edad, situación geográfica, recursos económicos, educación, empleo y otros de tipo cultural. Podemos distinguir tres tipos de brecha digital:

- Brecha digital de acceso a infraestructuras básicas o Internet, aunque también puede hacer referencia al resto de TIC, como los teléfonos móviles y otros dispositivos. Frecuentemente relacionado con la edad y la condición socioeconómica, pues a mayor edad menos familiarizado con el uso del internet y a menor condición socioeconómica mayor dificultad para el acceso a la web.

- Brecha de utilización, frecuente en países desarrollados en los que la población dispone de acceso a Internet, pero la falta de motivación o de competencias digitales, hacen que el uso de las tecnologías sea muy limitado. Asociado a este tipo de brecha encontramos el término “Alfabetización digital”, que consiste en la capacidad para utilizar las tecnologías de la información y comunicación, junto a una serie de habilidades que permitan gestionar, entender, analizar y utilizar la información.

- Brecha de apropiación, compuesta por personas que no usan la red porque no cubre ninguna de sus necesidades. No obstante, esta brecha es frecuente entre los profesionales de la salud que a pesar de poder disponer de acceso a internet y tener conocimientos, no se sienten cómodos con el uso de redes, aplicaciones y otras maneras de interacción en la Web. Sin reconocer el alcance y la importancia de su uso.

Más allá de la Web 1.0, 2.0 y de la confluencia de la web social y la web semántica surge como resultado la web 3.0, haciendo que las conversaciones que se generan en redes sociales puedan ser entendidas, codificadas y “razonadas” por la web semántica y permitiendo a los buscadores por ejemplo, filtrar la información que puede ser más relevante para cada persona en función de sus necesidades. Para terminar de hibridar conceptos, podríamos hablar también de la Salud 3.0, que sería el resultado de integrar la salud y la web 3.0. Es decir, una serie de tecnologías que comprendan

las necesidades de salud de cada persona y les ofrezcan servicios personalizados, filtrando así la información de calidad o facilitando la comunicación con otros pacientes o profesionales.

No obstante, aún queda mucho camino por recorrer para consolidarnos como sociedad del conocimiento. El aumento de la cantidad y la velocidad de transmisión de la información han superado con creces nuestra capacidad de gestión y aprovechamiento. Por lo que los retos para los tiempos que se acercan pasan por mejorar nuestra capacidad para filtrar eficazmente la información que recibimos, así como reducir las desigualdades y brecha digital, tanto de acceso, como de utilización adecuada de las tecnologías. Para conseguirlo, debemos integrar en nuestra sociedad no solo competencias en el uso de las herramientas, sino también nuevas habilidades propias de los trabajadores del conocimiento.²

CONCLUSIÓN

Para resumir, la importancia del uso de la Web 2.0 como estrategia para la medicina radica en el empoderamiento, tanto de los profesionales como de los pacientes de las herramientas tecnológicas para buscar información y generar nuevos conocimientos que sean de utilidad para el desarrollo profesional y para el aprendizaje de estilos de vida saludable.

Entendiendo, la importancia y el alcance de la web para promover estilos de vida saludable, creando contenidos de forma sencilla y difundiendo a través de las diferentes redes, lograremos influenciar a las personas para hacer prevención de conductas y situaciones de riesgo, tomando en consideración que la relación médico paciente ha evolucionado en el tiempo y que cada vez los pacientes buscan más información con respecto a la salud y a la enfermedad, lograremos optimizar el uso de la web en materia de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNESCO. Hacia las sociedades del conocimiento. [libro electrónico] 2005. [citado el 08 Oct 2017] Disponible en: <http://www.unesco.org/publications>
2. Cepeda J. Manual de Inmersión 2.0 para profesionales de

salud. Salud Conectada. [libro electrónico] 2014. [citado el 08 Oct 2017] Disponible en: <http://saludconectada.com>

3. Eduard S. Web 1.0 2.0 y 3.0. [citado el 08 Oct 2017] Disponible en: <http://es.slideshare.net/mobile/SantiagoDiazSalamanca/web-10-20-30-caracteristicas-definiciones-diferencias-ejemplos>
4. Caballero C. La Web 2.0, Salud 2.0 y el futuro de la Medicina [citado el 08 Oct 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81722541002>
5. Cain MM, Jane Sarasohn-Kahn J, Wayn JC. Health e-People: The Online Consumer Experience. California HealthCare Foundation. 2000.
6. Diario Medico.COM. Salud 2.0 entre profesionales [libro electrónico] 2012 [citado el 08 Oct 2017]
7. Disponible en: <http://www.meraniini.es/images/biblioteca/profesionales20.pdf>

